

«Om å lide i taushet»

En kvalitativ studie av sykepleieres kunnskap om postoperativ smertevurdering

Line Mari Lindenskov



Masteroppgave i sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

12.04.2012.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Line Mari Lindenskov	Dato: 12.04.2012.
Tittel og undertittel: Artikkel: «Om å lide i taushet». En kvalitativ studie av sykepleieres kunnskap om postoperativ smertekartlegging. Refleksjonsoppgave: Hvilke utfordringer ligger det i å intervjuere deltakere en kjenner samt analysere disse data?	
Sammendrag: Masteroppgaven består av to deler; en artikkel og en refleksjonsoppgave. Hensikt: Artikkel: Forskning har hatt begrenset fokus på hvordan sykepleiere identifiserer postoperativ smerte hos voksne pasienter med redusert evne til selvrappport i postoperativ/intensivavdeling. Hensikten med studien var å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere identifiserer postoperativ smerte hos voksne pasienter med redusert evne til selvrappport. Refleksjonsoppgave: Å reflektere omkring hvilke utfordringer og muligheter som ligger i å intervjuere deltakere en kjenner og analysere disse data. Metode: Artikkel: Studien hadde et kvalitativt og fortolkende design og det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer i to fokusgrupper. Utvalget besto av henholdsvis 4 deltakere og 5 deltakere i hver fokusgruppe. Deltakerne hadde i gjennomsnitt 12,5 års erfaring som sykepleiere. I refleksjonsoppgaven blir ulike metodologiske betraktninger belyst omkring muligheter og utfordringer når forskeren bruker seg selv som instrument. I diskusjonen brukes denne litteraturen for å reflektere omkring egen studie. Resultater: Artikkel: De mest anvendte indikatorene for å vurdere smerte var fysiologiske parametere og adferd. Endringer i puls og blodtrykk ble fremhevet som de viktigste fysiologiske parametere for å vurdere pasientens smerte. Smerteadferd ble delt inn i to hovedkategorier; «den stille smerte» og pasienter med uro og forsterket adferd. Sykepleierne anvendte ikke hjelpemidler for å vurdere smerte hos pasienter med redusert evne til verbal kommunikasjon. De var usikre på kvaliteten på så vel kartleggingen som evaluering av smertebehandling til disse pasientene. Konklusjon: Artikkel: Studien avslørte at sykepleiere ønsket en mer pålitelig praksis for sikker smertevurdering og evaluering av smertebehandling. Lang erfaring som sykepleier er ikke for tilstrekkelig for å gi tilfredsstillende smertebehandling til studiens målgruppe. Utvikling og implementering av retningslinjer for smertebehandling til pasienter med redusert evne til selvrappport i postoperativ/intensivavdelinger anbefales. Refleksjonsoppgave: I denne refleksjonsoppgaven er ulike sider ved forskerens rolle i intervjuforskning belyst. Arbeidet med refleksjonsoppgaven har vist at denne studiens troverdighet ligger i evnen til refleksjon, bevissthet og selvansakelse gjennom alle ledd i forskningsprosessen. Det viste seg også at valg av metode gav svar på forskningsspørsmålet i denne studien. Nøkkelord: Akutt smerte, smertevurdering, pasienter med redusert språk, sykepleiere.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Line Mari Lindenskov	Date: 12.04.2012
Title and subtitle: Article: <i>øTo suffer in silenceø</i> , a qualitative study of nurses knowledge of postoperative pain assessment. Reflection task: what challenges are there to interview participant we know and analyze these data.	
Abstract: The master thesis consists of two parts: an article and a reflection task. Purpose: Article: Research has had limited focus on how nurses identify postoperative pain in adult patients with reduced capacity for self-report in postoperative / intensive care unit. The purpose of this study was to gain more knowledge about how nurses identify postoperative pain in adult patients with reduced capacity for self-report. Reflection task: To reflect on the challenges and opportunities inherent in interviewing participants you know and analyze these data. Method: Article: The study was a qualitative and interpretive design and was conducted four focus group interviews in two focus groups. The sample consisted of 4 participants, respectively, and 5 participants in each focus group. Participants had on average 12.5 years of experience as nurses. Reflection task: literature review of various methodological considerations that highlight opportunities and challenges for the researcher uses herself as the instrument. In the discussion uses this literature is used to reflect on this study. Results: Article: The most commonly used indicators to assess pain were physiological parameters and behavior. Changes in heart rate and blood pressure were highlighted as the main physiological parameters to assess the patient's pain. Pain behavior was divided into two main categories: "the silent pain" and patients with anxiety and reinforced behavior. The nurses aids are not used to assess pain in patients with reduced capacity for verbal communication. They were uncertain about the quality of the survey as well as evaluation of pain treatment in these patients. Conclusion: Article: The study revealed that nurses wanted a more reliable practices for safe pain assessment and evaluation of pain treatment. Extensive experience as a nurse is not sufficient to provide adequate pain management to patient unable to selfreport. Development and implementation of guidelines for pain management in patients with reduced capacity for self-report in postoperative / intensive care units is recommended. Reflection Task: In this essay the various aspects of the researcher's role in the research interview discussed. Work on the essay has shown that this study's credibility lies in the ability for reflection, awareness and self-examination through all stages of the research process. It turned out that the choice of method gave answers to the research question in this study.	
Key words: Acute pain, pain assessment, patients unable to self-report, nurses.	

«Smerte uten klage»

En kvalitativ studie av sykepleieres kunnskap om postoperativ smertevurdering

Line Mari Lindenskov



Masteroppgave i sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

12.04.2012

© Forfatter: Line Mari Lindenskov

År: 2012

Tittel:

Artikkel: « Om å lide i taushet». En kvalitativ studie av sykepleieres kunnskap om postoperativ smertekartlegging.

Refleksjonsoppgave: Hvilke utfordringer ligger det i å intervjuere deltakere en kjenner samt analysere disse data?

Forfatter: Line Mari Lindenskov

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Forord

Arbeidet med masteroppgaven er slutt. Det er mange som har bidratt til at prosjektet og gjort oppgaven mulig. Jeg vil først og fremst varmt takke alle sykepleierne som har delt sin kunnskap og erfaring i postoperativ sykepleie. Det har vært lærerikt og inspirerende.

Takk til min veileder Ida Torunn Bjørk for tålmodig veiledning og konstruktive kritikker.

Takk til Diakonhjemmets sykehus og Diakonhjemmets høyskole for støtte og tilrettelegging, slik at dette prosjektet lot seg gjennomføre. En spesiell takk til Siri Ytrehus, Bodil Tveit, Aanund Brottveit, Eli Kvamme, Vidar Tobiassen og Simen Steindal.

Tusen takk Lillanna Lindemann Engzelius for at du gav meg denne muligheten.

En spesiell takk til Elisabeth Ruud Rønning fordi hun praktisk talt kastet meg inn på Institutt for sykepleievitenskap og helse, Universitetet i Oslo. Du har holdt meg fast der til jeg ble ferdig med oppgaven.

Alfhild Dihle, takk for at du gav tiden og støtte slik at denne masteroppgaven kunne ferdigstilles.

Tusen takk Vibeke Elsmark for støtte og oppmuntring. Vi har delt nedturer og oppturer i dette masterprosjektet. Nedturene ble snudd til pågangsmot takket være deg.

En kjærlig takk til min familie Paal, Mathilde, Christoffer, Helene og Philip for tålmodighet. En spesiell takk til Paal for din veiledning og korrektur på denne masteroppgaven.

Line Mari Lindenskov

Mars 2012.

Innhold

Introduksjon	1
Bakgrunn.....	1
Litteraturgjennomgang.....	1
Hensikt	3
Design og metode.....	4
Design	4
Utvalg og forskningsfelt	4
Metode for datasamling	5
Analyse	6
Etiske overveielser.....	7
Studiens kvalitetskriterier	8
Funn	8
Elementer som inngår i sykepleiernes kartlegging av smerte.....	8
Betydningen av erfaring og kunnskap	11
Evaluerings av smertebehandling	11
Diskusjon	13
Elementer i postoperativ smertekartlegging og evaluere smertebehandling	13
Kunnskap og erfaring	14
Konklusjon.....	16
Referanseliste	17
Vedlegg Artikkel:.....	20
1) Forfatterveiledning Nordisk sygeplejeforskning.....	20
Oversikt over tabeller og figurer	23
Del 2 Refleksjonsoppgave	24
1 Innledning	26
2 Den kvalitative forskerens utfordringer og muligheter.....	28
2.1 Forskeren som metodeverktøy	28
2.2 Kjennskap til feltet, en utfordring eller mulighet?.....	30
2.3 Forskerens forhold til deltakerne	31
2.4 Forskerens rolle i et fokusgruppeintervju	32
2.5 Nærhet og distanse til eget datamateriale.....	34
2.6 Tolking og forståelse av tekst i en hermeneutisk vitenskapstradisjon.....	35
3 Diskusjon.....	37

3.1 Fokusgruppeintervju som metode med deltakere en kjenner	37
3.2 Å forske i eget felt, en utfordring eller et gode	39
3.3 Analyse av datamaterialet med deltakere en kjenner, et ötveegget sverdö	41
4 Konklusjon	44
5 Referanseliste	45
Vedlegg refleksjonsoppgave:	46
1) Meldeskjema NSD	46
2) Tilbakemelding NSD	52
3) Tilbakemelding NSD	54
4) Forespørsel om deltakelse i et mastergradsprosjekt	55
5) Søknad til feltet	57
6) Svar fra feltet	58
7) Intervjuguide	59

Sammendrag:

Forskning har hatt begrenset fokus på hvordan sykepleiere identifiserer postoperativ smerte hos voksne pasienter med redusert evne til selvrappport i postoperativ/intensivavdeling.

Hensikten med studien var å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere identifiserer postoperativ smerte til denne pasientgruppen. Studien hadde et kvalitativt og fortolkende design og det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer i to fokusgrupper. Utvalget besto av henholdsvis 4 deltakere og 5 deltakere i hver fokusgruppe. Sykepleierne hadde i gjennomsnitt 12, 5 års erfaring som sykepleiere. De mest anvendte indikatorene for å vurdere smerte var fysiologiske parametere og adferd. Endringer i puls og blodtrykk ble fremhevet som de viktigste fysiologiske parametere. Smerteadferd ble delt inn i to hovedkategorier; «den stille smerte» og pasienter med uro og forsterket adferd. Sykepleierne anvendte ikke hjelpemidler for å vurdere smerte hos pasienter med redusert evne til verbal kommunikasjon. De var usikre på kvaliteten på så vel kartleggingen som evaluering av smertebehandling til disse pasientene. Studien avslørte at sykepleierne ønsket en mere pålitelig klinisk praksis for sikker smertevurdering og evaluering av smertebehandling. Utvikling og implementering av retningslinjer for smertebehandling til pasienter med redusert evne til selvrappport i postoperative/intensivavdelinger anbefales.

Nøkkelord: Akutt smerte, smertevurdering, pasienter med redusert språk, sykepleiere.

Abstract:

Previous research has had limited focus on how nurses identify postoperative pain in adult patients with reduced capacity for self-report in postoperative/ intensive care unit (ICU). The purpose of this study was to explore nurses' experiences with the identification of postoperative pain in this patient group. The study had a qualitative and interpretive design and four focus group interviews in two focus groups were performed. The sample consisted of respectively four and five participants in each focus group. The nurses had an average of 12,5 years experience as nurses. The most commonly used indicators to assess pain were physiological parameters and behavior. Changes in heart rate and blood pressure were highlighted as the most important physiological parameters. Pain behavior was divided into two main categories: "the silent pain" and patients with anxiety and reinforced behavior. Assessment tools are not used to assess pain in patients with reduced capacity for verbal communication. They were uncertain about the quality of the survey as well as evaluation of pain treatment in these patients. The study revealed that the nurses wanted a more reliable

clinical practice for safe pain assessment and evaluation of pain treatment. Extensive experience as a nurse is not sufficient for adequate pain treatment above the study's target group. Development and implementation of guidelines for pain management in patients with reduced capacity for self-report in postoperative / intensive care units is recommended.

Key words: Acute pain, pain assessment, patients unable to self-report, nurses.

Introduksjon

Denne artikkelen baserer seg på en kvalitativ intervjuundersøkelse med postoperative sykepleiere. De ble intervjuet om hvordan sykepleiere kartlegger postoperativ smerte hos voksne pasienter som ikke evner å meddele verbalt egen smerte. Eksisterende forskning har vist at den mest presise smertevurderingen er pasientens egen beskrivelse av smerte (McCaffery & Beebe, 1998; Merskey & Bogduk, 1994). Evnen til muntlig å meddele smerteopplevelse er sterkt redusert hos enkelte pasienter og således svært sårbare. Ethiske prinsipper, som plikten til å komme andre til gode og ikke å volde andre skade, forplikter sykepleiere og annet helsepersonell i å ivareta pasienter i sårbare situasjoner (Herr, Coyne, McCaffery, Manworren, & Merkel, 2011).

Bakgrunn

Litteraturgjennomgang

Litteraturgjennomgangen ble gjort i følgende databaser: CINAHL, PubMed, Medline, Idunn. Følgende nettsteder er undersøkt: International Association for the Study of Pain (IASP), (2011). Den skandinaviske forening for smerteforskning (SASP). I tillegg er aktuelle referanser i tidligere forskning undersøkt og benyttet.

Søkeordene var: non-communicative, pain assessment, postoperative pain, nursing, nurses clinical practice. I siste litteraturgjennomgang ble følgende søkeord tilføyd: acute pain, intellectual disabilities og critical care.

Konvensjonelle smertedefinisjoner fokuserer på pasientenes subjektive opplevelse av smerte (McCaffery & Beebe, 1998; Merskey & Bogduk, 1994). IASP (2011) stadfester at pasientens selvrappport er mer presis enn helsepersonells ulike begrunnede vurderinger. Underbehandling av smerte er beheftet med komplikasjoner og forlenget sykehusopphold. Forskning har vist at pasientens tidligere smerteerfaring og ubehandlet postoperativ smerte, kan forårsake kronisk smerte (Katz & Seltzer, 2009; Perkins & Kehlet, 2000; Sommer et al., 2010). Kirurgi gir uunngåelig vevsskade med varierende omfang. Kroppens smertesans er regnet som den viktigste nettopp fordi den beskytter kroppen mot skader, og postoperativ smerte et signal om eksisterende vevsskade. Pasientens postoperative smerte moduleres av hjernens smertehukommelse og de totale nevrologiske responser på smertestimuli. Ytre faktorer kan så

vel forminske som forsterke smerte. (Stubhaug & Ljoså, 2008). Det er holdepunkter for å anta at mange pasienter fortsatt ikke er tilstrekkelig smerte lindret etter kirurgi. Manglende kommunikasjon mellom pasient og helsearbeider kan være en årsak til dette (Dihle, Bjølseth, & Helseth, 2006).

Forskning gir holdepunkter for å anta at demente pasienter med kognitiv svikt får utilstrekkelig smertebehandling. Deres språk og adekvate smertemeddelelse svekkes i takt med reduksjon i kognitive evner (Bjørø & Torvik, 2008; Kongsgaard, Bruun Wyller, & Breivik, 2008). Pasientgrupper med redusert verbalt språk sårbare for så vel under- som overbehandling av smerte (Herr et al., 2011). Hos pasienter med redusert evne til selvrappport er tradisjonelle måleinstrumenter antagelig utilstrekkelige (Bjørø & Torvik, 2008).

Sykepleieres observasjon og vurdering av smerte alene kan bli upresis grunnet pasientenes varierende smerteuttrykk (Herr et al., 2006; Lillekroken & Slettebø, 2010; Nolan, 2007).

Personer med demensbetinget kognitiv svikt og mennesker med psykisk utviklingshemming deler felles skjebne i redusert evne til verbalt og adferdsmessig å formidle smerte presist. Adekvat verbal kommunikasjon avhenger av språklig utvikling, - eller reduksjon i denne, kommunikasjonsferdigheter og sosial kompetanse (Melgård, 2000). K. Herr et al. (2011) stadfester fem pasientgrupper med redusert evne til selvrappport, nemlig: eldre demente pasienter med kognitive svikt, mennesker med psykisk utviklingshemming, bevisstløse og kritisk syke pasienter, døende pasienter og til sist spedbarn. Døende pasienter og spedbarn blir ikke omtalt videre i denne artikkelen. I det følgende vil de andre tre pasientgruppene som Herr et al. (2011) omtaler benevnes som en pasientgruppe.

Observerbare fysiologiske og adferdsmessige endringer kan være kjennetegn på smerte. Fysiologiske parametere isolert sett er upresise som indikator på smerte i et postoperativt behandlingsforløp. Flere faktorer utløser stressresponser; blodprøvetaking, fjerning av dren, leieendringer og det å våkne i urolig/ukjente omgivelser. Medikamenter kan virke forstyrrende på en slik tolkning gjennom sin egen effekt på puls og blodtrykk (Arbour & Gelinas, 2010). Internasjonale studier har fremhevet adferd som en sikrere smerteindikator hos pasienter med redusert evne til selvrappport. Smerteadferd kan være grimaser, rynket panne, lukkede øyne, uro, lyder eller vokalisering (Arbour & Gelinas, 2010; Bjørø & Torvik, 2008). Det har i de siste 20 år vært økende fokus på nye tilnærminger for å kartlegge smerte hos pasienter med redusert evne til selvrappport (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008). The American College of Critical Care Medicine (ACCM) anbefaler helsepersonell systematisk bruk av adferdsbaserte kartleggingsverktøy. Slike verktøy baserer seg på registrering av

helsepersonells subjektive vurdering etter bestemte kriterier av smerteadferd og observasjon av pasientens fysiologiske parametere. Utført smertebehandling sammenholdes så med endringene i de samme smertesignalene (Jacobi et al., 2002). ACCM's anbefalinger samsvarer med tilsvarende forskning på området (Arbour & Gelinas, 2010; Li et al., 2008). Litteraturgjennomgangen viser at det er utviklet ulike smertekartleggingsverktøy basert på adferd hos pasienter med redusert evne til selvrappport (Arbour & Gelinas, 2010; Jacobi et al., 2002). I Norge gjelder dette Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI), og The Behavioral Pain Scale (BPS). Disse verktøyene kan benyttes til å kartlegge og vurdere postoperativ smerte hos omtalte pasientgrupper. Kartleggingsverktøyene er oversatt og tilgjengelige på norsk. Begge baserer seg på å vurdere smerte basert på adferd (Bjørø & Torvik, 2008; Fosser Olsen & Rustøen, 2011).

Litteraturgjennomgang refererer til forskning hvor sykepleiere har blitt intervjuet om kartlegging av postoperativ smerte generelt. Et begrenset antall studier er funnet som har undersøkt hvordan sykepleiere kartlegger smerte hos respiratorpasienter med redusert evne til å meddele smerte verbalt i en intensivavdeling. Det er i samme søk ikke funnet studier som undersøker hvordan sykepleiere kartlegger postoperativ smerte hos målgruppen for denne studien. Til oppsummering kan det sies at det i Norge ikke finnes en felles sammenfatning og standard for smertekartlegging til denne svake pasientgruppen. Pasientene representerer en rekke utfordringer vedrørende kartlegging av postoperativ smerte og effekt av smertebehandlingen.

Hensikt

Hensikten med denne studien er: Økt kunnskap om hvordan sykepleiere kartlegger postoperativ smerte hos voksne pasienter med redusert evne til selvrappport.

Design og metode

Design

Studien hadde et kvalitativt og fortolkende design. Formålet er å vise den levde virkeligheten gjennom den enkeltes subjektive erfaring. Fortolkning av beretninger og observasjoner som gjøres rettes mer mot å forstå mer enn å forklare (Fagermoen, 2005). Utforskende og fortolkende design benyttes i hovedsak for å oppdage tema eller definere områder, på felter hvor lite eller ingen forskning eksisterer (Brink & Wood, 1998).

Utvalg og forskningsfelt

Deltakere i denne studien var sykepleiere som arbeidet på postoperativ/intensivavdeling ved to ulike sykehus. Snøballmetoden var ønsket utvalgsstrategi for å rekruttere nok deltakere til to fokusgrupper fra et sykehus. Utvalgsstrategien kjennetegnes ved at forskeren anvender en kontaktperson ögodt plassertö i feltet, til å lokalisere deltakere som genererer rike, troverdige og fyldige data innen valgt tema. Vedkommende anviser deltakere med relevant bakgrunn, egenskaper og kvalifikasjoner (Patton, 2002). Før fokusgruppeintervjuene startet ble det gjennomført et pilotintervju. Deltakerne i dette intervjuet ble inkludert i studien og dannet en fokusgruppe, da det viste seg vanskelig å rekruttere nok deltakere fra et sykehus til to fokusgrupper. Kvale & Brinkmann (2009) hevder at et av de etiske hensyn forskeren må ta, er hensynet til forskningsfeltet og deltakerne, fremfor egne forskningsinteresser.

Den andre fokusgruppen ble rekruttert ved hjelp av snøballmetoden, og innvilget søknad fra anesthesiavdelingens ledelse. En kontaktperson ved avdelingen fant frem til gode deltakere ut fra inklusjonskriteriene. Utvalg som er rekruttert ved å benytte snøballmetoden kjennetegnes som tilgjengelighetsutvalg (Patton, 2002). Inklusjonskriteriene var autoriserte sykepleierne med minimum 2 års klinisk erfaring fra postoperativ avdeling. Valg av disse kriteriene var en antagelse om at erfarne sykepleiere ville ha erfaring med identifisering av smerte, hos pasientgruppen med redusert evne til å kommunisere. Ni sykepleiere ble rekruttert fra to ulike postoperative avdelinger. De hadde i gjennomsnitt 12,5 års erfaring fra postoperativ avdeling. Seks sykepleiere hadde videreutdanning i anestesi eller intensivsykepleie.

Gjennomsnitt i alder, erfaring, og antall deltakere fremkommer i tabell 1.

Tabell 1: Utvalg

Setting for fokusgruppeintervju	Antall deltakere i hver gruppe	Gjennomsnitts erfaring fra postoperativ avdeling	Antall deltakere med videreutdanning
Sykehus 1	4 kvinner	15 år	3
Sykehus 2	3 kvinner 2 menn	11.5 år	4

Metode for datasamling

Denne studien benyttet fokusgruppeintervju som metode i. Intervjuformen er kvalitativ, og skaper data generert gjennom deltakernes diskusjon i gruppen. Datamaterialet produseres gjennom gruppens interaksjon og dynamikk. Målet er å utforske menneskers kunnskap og erfaring om et bestemt emne, sett fra intervjupersonenes side (Malterud, 2008; Wibeck, 2000). En av forberedelsene til fokusgruppeintervjuene var å utarbeide en intervjuguide. Denne studien benyttet en halvstrukturert intervjuguide. Tema var ulike elementer i smertekartlegging, pasienter uten evne til selvrappport, kjennetegn på postoperativ smerte, holdninger, dokumentasjon, og evaluering av smertebehandling. En intervjuguide sikrer forskeren svar på planlagte spørsmål. Graden av struktur kan variere, en halvstrukturert intervjuguide har formulerte tema og intervjuformen preges av åpenhet. Moderatorens rolle blir i hovedsak å introdusere emnet, sikre svar på de planlagte spørsmål og deretter gripe inn under intervjuet ved behov. En strukturert intervjuguide har detaljerte spørsmål, og moderators rolle er styrende. (Kvale & Brinkmann, 2009; Wibeck, 2000). Det ble etablert to fokusgrupper, og gruppene ble intervjuet to ganger, til sammen fire fokusgruppeintervjuer. Hvert intervju varte i cirka en time, og de ble tatt opp på lydbånd. Intervjuene ble gjennomført i møterom som ble reservert for oss, i deltakernes arbeidstid. En observatør deltok under intervjuene. En observatør sikrer observasjon av non-verbale kommunikasjon og uklarheter under intervjuet kan noteres (Wibeck, 2000). Intervjuene ble gjennomført i perioden januar-februar 2011.

Analyse

Mellom fokusgruppeintervjuene ble lydfilene transkribert og lest i sin helhet. Deltakernes språkdrakt ble ivaretatt fra lydopptak til tekst. Denne prosessen gav anledning til å oppdage uklarheter i intervjuene og disse kunne oppklares og utdypes i neste intervju. Det transkriberte datamaterialet ble samlet til en helhet. Det ble lest tre ganger, med fortløpende kommentarer og refleksjoner i teksten underveis. Det gav et inntrykk av hovedområdene for sykepleiernes erfaring. Hovedtrekkene i Kvale & Brinkmann`s (2009) tre fortolkningsnivåer dannet grunnlag for analyseprosessen. De tre fortolkningsnivåene er selvforståelse (mening med egne uttalelser), kritisk forståelse (utvidet ramme av deltakernes forståelse), og teoretisk forståelse (ramme for å tolke betydningen av en uttalelse). Datamaterialet ble analysert som et felles materiale, redigert, og kondensert til meningsenheter. Meningsenhetene ble samlet i kategorier, og tolkningsprosessen ble utført i tre omganger. Hver av kategoriene ble abstrahert og løftet til et høyere abstraksjonsnivå. Analyseprosessen var en kontinuerlig veksling mellom tekstens deler og helhet. Tabell 2 viser et eksempel på analyseprosessens tre fortolkningsnivåer.

I forståelsen av datamaterialet ble det benyttet en hermeneutisk tilnærming. I denne vitenskapstradisjon er fortolking av menneskers uttrykk sentralt (Malterud, 2008).

Tradisjonen ser forståelse av tekst som resiprok. Vekslingen mellom tekstens helhet og enkelte deler produser en koalisjon av forståelseshorisonter, og utgjør den öden hermeneutiske sirkelö (Gadamer, 2010).

Tabell 2: Utskrift av transkribert tekst med tilhørende meningsenheter og kategori.

Transkribert tekst	Meningsenhet	Kategori
Du får jo ikke noe svar og du må jo tolke ut i fra parameterne. Pasienten blir klam og blek, de ser jo dårlig ut, på alle områder, og så ligger de å har forferdelig vondt uten å kunne si noen ting om det, og så er de helt sånn at det kribler i heleí Det er jo veldig vanskelig altså, om det er smerter eller andre ting som gjør det, om det er det at de er på en annen plass, at de ikke er i en situasjon og plass der de er kjent, eller om det smerter hvis de ikke klarer å gi uttrykk for det.	<p>Du får ikke svar å må tolke parametere, og pasienten kan bli klam og blek, ser dårlig ut på alle områder, de har forferdelig vondt uten å si noen ting, men det kribler.</p> <p>Det er vanskelig altså, er det smerter eller andre ting.</p> <p>De er i en situasjon/plass de ikke er kjent, eller er det smerte hvis de ikke kan gi uttrykk for det.</p>	Det er vanskelig å vurdere smerte hos pasienter som ikke verbalt kommuniserer.

Etiske overveielser

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). I tillegg ble det sendt søknad om å inkludere pilotfokusgruppen i studien, og dette ble innvilget. Samtlige deltakere ble informert om frivillig deltakelse, og om muligheten for å trekke seg fra studien på ethvert tidspunkt. For å ivareta deltakerne anonymitet, ble lydfilene oppbevart i henhold til retningslinjer fra NSD. Transkriberte data ble makulert, og lydopptakene ble slettet ved studiens slutt. Deltakernes anonymitet blir ivaretatt da fremstilling av funn ikke kan kobles tilbake til enkeltdeltakerne.

Studiens kvalitetskriterier

Det ble gjennomført et pilotintervju, hvor den halvstrukturerte intervjuguiden ble testet ut. Diskusjonene ble raskt etablert i gruppene og deltakerne var aktive og engasjerte. Egen rolle som moderator ble i hovedsak å sikre at planlagte tema ble diskutert. Det kan styrke troverdigheten i denne studien. Egen rolle som moderator ble bevisstgjort og diskutert med observatør mellom intervjuene. Dette gjaldt spesielt evnen til å balansere nærhet og distanse til deltakerne, og evnen til å ivareta profesjonalitet. Repstad (1999) oppfordrer forskeren til bevissthet omkring risikoen for å påvirke eget datamaterialet, spesielt når vedkommende forsker i et felt som er kjent fra tidligere. En mulig begrensning i egen studie er egen manglende erfaring som moderator. Kvale & Brinkmann (2009) hevder at intervjuerfaring en forutsetning i intervjuforskning for å generere gode data. Wibeck (2000) hevder at det vesentlige er at forskeren snakker gruppens språk, lytter aktivt og svare nøytralt på spørsmål. Fokusgruppeintervju som metode viste seg egnet for å få svar på problemstillingen i denne studien. Fagermoen (2005) hevder at validitet, forstått som vitenskapelig troverdighet, blant annet dreier seg om metoden egner seg for å få svar på forskningsspørsmålet. De beskrivelser og refleksjoner som datamaterialet i denne studien inneholder, ville vært vanskelig å generere ved hjelp av en kvantitativ metode.

Funn

Resultatene presenteres i tre hovedkategorier:

Elementer som inngår i sykepleiernes kartlegging av smerte

Et sentralt funn i denne studien var at sykepleierne beskrev kartlegging av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrappport som en subjektiv helhetsvurdering av pasienten. Intervjuene avslørte at den første smerteindikatoren samtlige sykepleiere sa de observerte og vurderte var endring i fysiologiske parametere, spesielt økning i puls og blodtrykk. Ved vedvarende ubehandlet smerte fikk pasientene økning i respirasjon, endret hudfarge og økt svetteutskillelse. Datamaterialet viste at enkelte deltakere beskrev fysiologiske parametere som en usikker smerteindikator isolert. De samme deltakerne sa de hadde erfaring med at pasienter med smerte kunne ha rask puls og stige i blodtrykk, men også at disse fysiologiske parameterne kunne være normale. Disse innspillene etablerte en diskusjon blant deltakerne omkring forhold som påvirker fysiologiske parametre; smertefulle prosedyrer, stress/uro i avdelingen, redsel og forvirring hos pasientene, medikamenter,

dehydrering og full blære. En av sykepleierne karakteriserte usikkerheten knyttet til fysiologiske parametere slik:

«Vi kan ikke bare se på pulsstigning fordi alle får ikke det ved voldsomme smerter. Da må man se på andre ting som furer, blodtrykk, respirasjonsfrekvens og disse tingene.»

En annen sykepleier sa hun opplevde klar sammenheng mellom økning i fysiologiske parametere og postoperativ smerte. Dette ble fremhevet av en sykepleier:

«Ingenting er sikkert hos disse pasientene, men tachykardi er et av de sikre tegn på smerte sammen med blodtrykk som stiger. Det er en sammenheng mellom blodtrykk og puls som stiger veldig mye hvis de har veldig vondt uten smertestillende.»

Datamaterialet viste at observasjon av pasientenes atferd også var et viktig element i sykepleiernes helhetsvurdering. Sykepleierne gav uttrykk for at adferd som smerteindikator var viktig hos pasientgruppen uten adekvat verbalt språk. Deltakerne var enige om at bedømmelse av smerteadferd var utfordrende, fordi den kunne variere hos den enkelte pasient. Intervjuene viste at samtlige sykepleiere sa de hadde erfaring for at klassisk smerteadferd hos pasienter med redusert evne til selvrappport hovedsakelig kom til uttrykk i to ytterpunkter; öden stille smerteö og öden urolige aggressiveö. Pasienter med öden stille smerteö lå stille, tilsynelatende sovende, kun med en liten rynke i pannen. Det var lett å overse disse pasientene. Det ble beskrevet flere episoder hvor sykepleierne sa de ikke hadde registrert pasienten med den östilleö smerteö før de skulle stelle eller endre leie, eller de ba pasientene puste dypt fordi de registrerte fall i saturasjon på monitoren. Pasienten kunne da bli akutt kvalm, klam, blek og svett. Blodtrykk og puls steg samtidig. Den stille smerten ble beskrevet av en sykepleier på denne måten:

«Tenkte også på ordet; «den stille smerte». De lukker seg inne og ønsker ikke å være oss til bry, man ser bare tachycardi og den lille rynken i pannen. Du ser de har forferdelig vondt og er dårlige på alle områder uten å si noe, men det kribler.»

Den andre kategorien smerteadferd som sykepleierne beskrev var pasienter med uro, aggressivitet, forsterkede reaksjoner og utagerende adferd. Deltakerne fortalte at disse pasientene aldri aksepterte å beholde overvåkningsutstyret på. Deres forsterkede adferd viste seg ved at de rev av utstyr, bandasjer og forsøkte å komme ut av sengen. Sykepleierne fortalte at pasientene ofte laget høye lyder, spesielt gjaldt dette pasienter med mangelfullt språk. En av deltakerne karakteriserte situasjonen slik:

«Noen ligger i bue i senga, ofte når de kommer fra operasjonen i svingen, mellom operasjon og postoperativ, våkner med et brak, river av alt overvåkningsutstyret, er aggressive og ønsker å krabbe ut av sengen. Det er en gjenganger at de må ha Haldol.

En annen sykepleier beskriver det slik:

«Jeg husker en CP skadet uten tale og multihandikappet, han lagde høye lyder og skar grimaser, det virket som han hadde det veldig vondt. Jeg trodde han hadde vondt, men pårørende sa han pleide å være slik etter operasjon.»

Pasientenes individuelle smerteuttrykk og manglende adekvate verbale respons ble oppgitt som en barriere for sikker smerteidentifisering. Datamaterialet viste at sykepleierne derfor mente at vurdering av adferd og endring i fysiologiske parametere parallelt gav den sikreste informasjonen om pasientens smerte. Sykepleierne fremhevet at pasienter med «den stille smerte» lett kunne ble oversett.

Datamateriale viste at sykepleierne anvendte Numerisk Rate Scale (NRS) rutinemessig for å kartlegge smerte hos pasienter med adekvat verbal respons. Samtlige deltakere sa at de ikke benyttet noen form for hjelpemidler for å identifisere smerte hos pasienter med redusert evne til selvrappport. De fortalte at NRS var uegnet som verktøy for å kartlegge smerte til denne pasientgruppen. Intervjuene viste at de ikke oppgav andre kartleggingsverktøy som aktuelle. Flere av sykepleierne hadde erfaring for at eldre pasienter generelt hadde vanskelig for å angi smerte numerisk. NRS ble beskrevet av samtlige deltakere som vanskelig å bruke i tilfeller hvor pasienten var forvirret og «narkosepreget». En av deltakerne beskrev følgende:

«Smerte er jo ikke bare et tall, det er mer enn tall, man må spørre pasienten om mer, når vi bruker NRS hos adekvate pasienter hvor 0 er ingen smerte og 10 er verste smerte, angir pasienten 7 og sier det er helt greit, 7 på NRS er ikke greit på noen måte. En del kan ikke bruke NRS selv om vi kan kommunisere med dem, og ansiktskalaen nytter ikke hos pasienter som ikke kommuniserer.»

Betydningen av erfaring og kunnskap

Sykepleierne vektla kunnskap, erfaring og evnen til å ta raske beslutninger som viktige egenskaper for å optimalisere vurdering av smerte og smertebehandling. Kunnskap om forhold som utløser stressrespons ble beskrevet grundig, og lagt vekt på. Virkning og bivirkninger av ulike typer analgetika og anestesimidler, ble oppgitt for å være relevant teoretisk kunnskap. De sa også at de hadde behov for å ha kunnskap om ulike narkoseformer for å kunne vurdere pasientenes tilstand i det postoperative forløpet. Intervjuene viste også at deltakerne sa de benyttet tidligere erfaring med lignende pasientsituasjoner i det postoperative forløpet som sammenligningsgrunnlag i aktuelle pasientsituasjoner. Erfaring med grad av smerte forbundet med ulike inngrep av samme karakter, ble beskrevet som relevant. En sykepleier sa:

«Kosesykepleie hjelper ikke mot smerte, men det er omsorg å ha kunnskap om smerte. Kunnskap om medikamenter og virkning, ulike alternativer, og at vi snakker sammen om etikk og det medisinske. Hva som er viktig vurdering av pasienten blir en magefølelse og mye erfaring.»

Sykepleierne hevdet at kunnskap og erfaring ga dem et utgangspunkt for å håndtere pasientsituasjoner preget av uro og fare for komplikasjoner. De oppgav dette som vesentlige kvaliteter for å handle slik at pasientens sikkerhet ble ivaretatt. I intervjuene kom det frem at tiden som ble avsatt til fagutvikling var ulik ved de to avdelingene. En avdeling hadde faste rutiner for fagutvikling, den andre avdelingen hadde mere sporadisk og tilfeldig tid til fagutvikling. I den gruppen hvor det var lite tid til fagutvikling uttrykte disse deltakerne at det var et savn.

Evaluerings av smertebehandling

Et tredje punkt som sykepleierne fremhevet i smertebehandlingen av denne pasientgruppen, var manglende mulighet til å evaluere effekten av iverksatte tiltak. Likeledes som ved kartlegging av smerte, var pasientenes manglende språk en begrensning for å evaluere effekt av smertebehandling. Samtlige deltakere rapporterte usikkerhet forbundet med pasientgruppen generelt og hvorvidt de fikk tilfredsstillende smertebehandling. Pasienter med den østille smerte ble oppgitt som ekstra utfordrende fordi sykepleierne innrømmet forsinkelse i kartlegging og behandling. Sykepleierne fortalte at mange pasienter sovnet etter administrasjon av smertestillende medikamenter Ketobemidon. Hos pasienter som selvrapporterte smerte hadde de flere ganger fått referert like store smerter etter oppvåkning

av en kort søvn induisert av Ketobemidon. Sykepleierne mente at det samme forekom hos pasienter uten evne til selvrappport, men pasientenes manglende svar gjorde sykepleieren usikre på om pasientene falt søvn fordi de ble smertelindret eller som en bieffekt av Ketobemidon. Hos pasienter med forsterket adferd og høye lyder var deltakerne usikre på om årsaken til etterfølgende ro var en effekt av smertestillende eller sedativ bieffekt av denne type medikamenter. En sykepleier forteller det slik:

«Vi kan ikke evaluere om effekten er god eller dårlig for det er subjektivt og vi får ikke svar. Har de erfarne sykepleiere med fokus klarer vi å ta smertetoppene, er skeptisk til den langvarige/ jevne smertelindringen. Vi vet jo aldri om vi har klart å smertelindre dem ordentlig.»

En annen sykepleier viser til hvordan snevre ytre rammer i avdelingen begrenser tilgang på adekvat smertebehandling og kvalitet og på sykepleien for noen av pasientene. Deltakeren beskriver dilemmaet slik:

«Man går rundt, vi starter ofte med de som kommuniserer smerte, beslutningsprosessen er jo personavhengig på godt og vondt. De som roper høyest får først behandling. Er du non-verbal kan du lett bli glemt. Men det er jo de som ikke er verbale, det er de du har behov for å vite. Jeg er alltid redd for ikke å kartlegge smerten godt nok hos de som ikke kan kommunisere.»

Samtlige sykepleiere angav behov for å vite hvordan det hadde gått med pasientene etter overflytting fra postoperativ. I de tilfeller hvor det hadde vært spesielt utfordrende å vurdere smerte og smertebehandling, ringte sykepleierne til avdelingene for å spørre.

Diskusjon

Hensikten med denne studien er å belyse ulike elementer i de vurderingene sykepleiere gjør for å kartlegge postoperativ smerte hos voksne pasienter med redusert evne til selvrappport. Pasientene representerer flere utfordringer vedrørende kartlegging av postoperativ smerte og effekt av smertebehandlingen.

Elementer i postoperativ smertekartlegging og evaluere smertebehandling

Denne studien viste at sykepleierne gjorde en omfattende smertevurdering av pasienten som bestod i observasjon av fysiologiske parametere og smerteadfærd, erfaring med tidligere pasientsituasjoner, og forventet smerte knyttet til ulike kirurgiske prosedyrer. Dette samsvarer med tidligere forskning hvor sykepleiere har blitt intervjuet om deres vurdering av smerte (Bjørknes & Rustøen, 2012; Kim, Schwartz-Barcott, Tracy, Fortin, & Sjöström, 2005). Sykepleierne i denne studien fremhevet spesielt endringer i puls og blodtrykk. Dette samsvarer med liknende forskning som fant at blodtrykk og puls var indikatorer sykepleierne la vekt på (Bjørknes & Rustøen, 2012). Nyere forskning har vist at fysiologiske parametere er upresise som smerteindikatorer fordi de lar seg påvirke av andre stressresponser, som igjen kan være betinget av forutgående fysisk tilstand, medikamenter, smertefulle prosedyrer og leieendring (Arbour & Gelinas, 2010; Jacobi et al., 2002). I tillegg til fysiologiske parametere ble smerteadfærd vurdert hos den omtalte pasientgruppen og beskrevet i denne studien som; den «stille smerte», og pasienten med den forsterkede adferd. Motorisk uro og ansiktsgrimaser er hyppig benyttede adferdsindikatorer og inngår i områdene i BPS (Bjørknes & Rustøen, 2012). Den østille smerteö kan være et resultat av ubehandlet smerte fordi smerten begrenser pasientens evne til å røre seg. Dette er et av ankepunktene knyttet til CNPI fordi verktøyet har vist seg upålitelig hos pasienter i hvile. Ubehandlet smerte begrenser nettopp pasientens evne til bevegelse (Bjoro & Torvik, 2008). Datamaterialet i denne studien viste også at sykepleiere opplever at mange pasienter er redd for å være helsepersonell til bry. Dette gjaldt spesielt eldre mennesker. Kartlegging av smerte basert på adferd krevende fordi smerteadfærd er svært individuell, spesielt gjelder dette pasienter med demens og kognitiv svikt (Bjoro & Herr, 2008). Internasjonal forskning anser allikevel adferd som den sikreste indikator for smerte hos pasienter med redusert evne til selvrappport (Puntillo et al., 1997).

Funnene viste at sykepleiere ikke benytter hjelpemidler for å vurdere postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrappport selv om de anvendte NRS systematisk til

selvrapporterende pasienter. Dette samsvarer med to norske studier som har undersøkt smertevurdering hos sederte respiratorpasienter. De fant at sykepleiere anvender få hjelpemidler for å vurdere smerte hos pasienter som ikke meddeler smerte verbalt (Bjørknes & Rustøen, 2012; Fosser Olsen & Rustøen, 2011). Det kan trekkes paralleller mellom målgruppen i denne studien og intuberte respiratorpasienter. Pasientene har redusert evne til å meddele smerte som utgjør en barriere for sikker smertevurderingen. Tidligere forskning har rettet søkelyset mot pasienter med redusert evne til selvrapport som får inadekvat smertebehandling (Bjørø & Torvik, 2008; Kongsgaard et al., 2008). Eksisterende forskning på området anbefaler derfor bruk av adferdsbaserte kartleggingsverktøy, som baserer seg på helsepersonells subjektive vurdering av bestemte kriterier for smerteadferd og endringer i pasientens fysiologiske parametere. Evaluering av smertebehandling sammenholdes så med endringer i de samme smertesignalene (Jacobi et al., 2002; Li et al., 2008). Det er to aktuelle kartleggingsverktøy tilgjengelig på norsk, nemlig BPS og CNPI. Som tidligere nevnt har CNPI begrensninger. Verktøyet kan likevel bistå sykepleiere til mer presist å skjelne mellom pasienter med og uten smerte, samt øke bevissthet omkring systematisk kartlegging og evaluering hos nevnte pasientgruppe. Denne studien viste nettopp at sykepleierne ønsket en sikrere kartlegging og evaluering av smertebehandling. BPS har vist seg lovende ovenfor respiratorpasienter, men det gjenstår fortsatt ytterligere testing, implementering og opplæring av helsepersonell før det kan tas i fast bruk (Fosser Olsen & Rustøen, 2011). Denne studien viste at sykepleierne oppgav NRS som det eneste tilgjengelige hjelpemiddel. Dette antyder at sykepleierne ikke kjente til alternative adferdsbaserte kartleggingsverktøy.

Kunnskap og erfaring

Et interessant funn var at samtlige sykepleiere anså teoretisk kunnskap og praktisk erfaring som avgjørende for å kunne gi tilfredsstillende pasientbehandling. Målgruppen i denne studien ble fremhevet som spesielt utfordrende. Sykepleierne anså erfaring som et viktig element for å få oversikt og kontroll over krevende pasientsituasjoner. Utvalget i denne studien karakteriseres som sykepleiere på ekspertnivå og analytiske prinsipper som regler eller retningslinjer er ikke lenger nødvendig. Erfarne klinikere tilpasser sine handlinger i bestemte situasjoner og anvender ötaus kunnskapö for å identifisere sykepleieproblemer (Benner & Tanner, 1987; Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005). Forskning har vist at sykepleiere med lang erfaring har tiltro til egen praksis og anser hjelpemidler som overflødige for å vurdere smerte og evaluere smertebehandling (Bucknall, Manias, & Botti, 2007). Denne

studien viste at erfarne sykepleierne rutinemessig anvendte hjelpemidler for å kartlegge, evaluere og dokumentere smerte hos selvrapporterende pasienter. Årsaken til at de ikke anvendte kartleggingsverktøy til studiens målgruppe kan være manglende kunnskap om egnede kartleggingsverktøy og at rutiner for systematisk smertekartlegging ikke var implementert i disse postoperative/intensivavdelingene.

Fagdisiplinene i helsevesenet har tradisjonelt har vært preget av to hovedkomponenter, nemlig praktiske ferdigheter og kunnskap ervervet gjennom erfaring. Kravet om kunnskapsbasert praksis øker til tross for at praktiske ferdigheter og erfaring fortsatt dominerer praksis (Castellheim, 2010). Denne studien viste at erfarne sykepleiere beskrev nåværende praksis ovenfor målgruppen som usikker grunnet pasientenes manglende subjektive verbale respons. Denne oppfatningen samsvarer med tidligere forskning ovenfor målgruppen (Herr et al., 2011). I mangel av rutiner for systematisk smertekartlegging med hjelpemidler til denne studiens målgruppe er det et argument for at erfarne sykepleiere skal ivareta pasientene. Eksisterende forskning har vist at erfarne sykepleiere mer presist identifiserer pasientens smerte enn sykepleiere med lite erfaring. Erfarne sykepleiere graderer allikevel pasientens smerte lavere enn pasienten selv (Botti, Bucknall, & Manias, 2004). Annen forskning fastslår at det er helt nødvendig at sykepleiere systematisk kartlegger og evaluerer smerte ved hjelp av adferdsbaserte kartleggingsverktøy for sikker smertebehandling (Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant, & Desjardins).

Denne studien viste at sykepleierne anså teoretisk kunnskap som holdningsbyggende for hver enkelt sykepleier og avdelingene som helhet. Teoretisk, praktisk og etisk kunnskap må integreres som en del av sykepleiernes kyndighet for å innvirke på den enkeltes handling i møte med pasienten. Evnen til refleksjon og kritisk tenkning anses for å være sentrale elementer i fagutøvelsen (Kirkevold, 1996). Teoretisk kunnskap bygger på profesjonell yrkesutøvelse og forståelse og styrker sykepleieren i å forstå og handle bedre i komplekse pasientsituasjoner. Koblingen mellom teoretisk kunnskap og refleksjon danner en formell praksis (Alsvåg, 2009). Eget datamaterialet kan tyde på at smertekartlegging til denne studiens målgruppe i stor grad baseres på hva den enkelte sykepleier vektlegger av vurderinger. Dette kan bidra til en upresis praksis som er avhengig av den enkelte sykepleiers erfaring og kompetanse. Skifter man ut sykepleier endres kunnskapen og en ser at oppgavene utføres forskjellig. Det betyr at sykepleier besitter kunnskaper og erfaringer som innvirker på hvordan handlingene utføres (Nortvedt & Grimen, 2004).

Konklusjon

Sykepleierne gjør en omfattende smertevurdering av postoperative pasienter som ikke kan meddele smerte verbalt. Kartleggingsverktøy for å vurdere smerte ble ikke benyttet til disse pasientene, selv om smertevurdering ble ansett for å være utfordrende og usikker.

Sykepleierne var usikre på evalueringen av smertebehandlingen som ble utført. Sykepleierne ønsket en mere påliteligere praksis for å kunne ivareta sårbare pasientgrupper på en tilfredsstillende måte. Dette viser at sykepleierne ser behovet for en klinisk praksis hvor lang erfaring ikke er tilstrekkelig for sikker pasientbehandling. Utvikling og implementering av retningslinjer for sikker smertebehandling til pasienter med redusert evne til selvrappport i postoperative/intensivavdelinger anbefales. Breivik & Stubhaug (2008) hevder at kartlegging og behandling av smerte generelt er mangelfull og upresis. Det er behov for implementering av gode rutiner både på individ-, ledelses- og organisasjonsnivå.

Referanseliste

- Arbour, C., & Gelinas, C. (2010). Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults? *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(2), 83-90. doi: 10.1016/j.iccn.2009.11.003
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: how expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87(1), 23-31.
- Bjoro, K., & Herr, K. (2008). Assessment of pain in the nonverbal or cognitively impaired older adult. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(2), 237-262, vi. doi: S0749-0690(07)00105-X [pii]10.1016/j.cger.2007.12.001
- Bjørø, K., & Torvik, K. (2008). Smertekartlegging og-behandling hos eldre mennesker med demens. In T. Rustøen & A. K. Wahl (Eds.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (pp. 182-201). Oslo: Gyldendal akademiske forlag AS.
- Botti, M., Bucknall, T., & Manias, E. (2004). The problem of postoperative pain: issues for future research. *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), 257-263. doi: 10.1111/j.1440-172x.2004.00487.x
- Breivik, H., & Stubhaug, A. (2008). Management of acute postoperative pain: still a long way to go! *Pain*, 137(2), 233-234. doi: 10.1016/j.pain.2008.04.014
- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advanced Design in Nursing Research* (Second edition ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publication, Inc.
- Castellheim, A. (2010). Improving Patient Safety in Norwegian Intensive Care Units. from Reprosentralen, University in Oslo
- Cotter, V. T. (2007). The burden of dementia. *American Journal of Managed Care*, 13 Suppl 8, S193-197. doi: 6912 [pii]
- Dihle, A., Bjølseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 469-479. doi: JCN1272 [pii]10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x
- Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7 (2), 40-54.
- Fosser Olsen, B., & Rustøen, T. (2011). Er den norske versjonen av "Behavioral Pain Scale" pålitelig og brukervennlig. *Sykepleien forskning*, 3, 265-272.
- Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og Metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Bokklubben.

- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Vaillant, F., & Desjardins, S. Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*(0). doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.012
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., . . . Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52. doi: 10.1016/j.pmn.2006.02.003
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250. doi: 10.1016/j.pmn.2011.10.002
- International Association for the Study of Pain, A. (2011), 2011
- Jacobi, J., Fraser, G. L., Coursin, D. B., Riker, R. R., Fontaine, D., Wittbrodt, E. T., . . . Lumb, P. D. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine*, 30(1), 119-141.
- Katz, J., & Seltzer, Z. (2009). Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 723-744. doi: 10.1586/ern.09.20
- Kim, H. S., Schwartz-Barcott, D., Tracy, S. M., Fortin, J. D., & Sjöström, B. (2005). Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units. *Pain Management Nursing*, 6(1), 3-9. doi: 10.1016/j.pmn.2004.12.001
- Kongsgaard, U., Bruun Wyller, T., & Breivik, H. (2008). Eldre trenger bedre smertebehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 5, 590-591.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *Journal of Pain*, 9(1), 2-10. doi: 10.1016/j.jpain.2007.08.009
- Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2010). Smerte hos pasienter med demens. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 12(4), 3-14.

- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (2. utgave, fjerde opplag ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1998). *Smerter. Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Melgård, T. (2000). Utviklingshemming. In J. Eknes (Ed.), *Utviklingshemming og psykisk helse* (pp. 11-32). Oslo: Universitetsforlaget.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2. utg. Seattle: IAPS Press.
- Nolan, L. (2007). Caring for people with dementia in the acute setting: a study of nurses' views. *British Journal of Nursing*, 16(7), 419-422.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evolution methods*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Perkins, F. M., & Kehlet, H. (2000). Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology*, 93(4), 1123-1133.
- Puntillo, K. A., Miaskowski, C., Kehrle, K., Stannard, D., Gleeson, S., & Nye, P. (1997). Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine*, 25(7), 1159-1166.
- Repstad, P. (1999). *Nærhet och distans, kvalitative metoder i samhällsvetenskap* (Vol. 3.). Lund: Studentlitteratur.
- Sommer, M., de Rijke, J. M., van Kleef, M., Kessels, A. G., Peters, M. L., Geurts, J. W., . . . Marcus, M. A. (2010). Predictors of acute postoperative pain after elective surgery. *Clinical Journal of Pain*, 26(2), 87-94. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181b43d68
- Stubhaug, A., & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? En oversikt over smertebegrepet, smertefysiologi og smertebehandling. In T. Rustøen & A. K. Wahl (Eds.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocicepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Walsh, M., Morrison, T. G., & McGuire, B. E. (2011). Chronic pain in adults with an intellectual disability: Prevalence, impact, and health service use based on caregiver report. *Pain*, 152(9), 1951-1957. doi: S0304-3959(11)00140-0 [pii] 10.1016/j.pain.2011.02.031
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper*. Malmø: Studentlitteratur.

Vedlegg Artikkel:

1) Forfatterveiledning Nordisk sygeplejeforskning



UNIVERSITETSFORLAGET

Nordisk sygeplejeforskning - Forfatterveiledning

Nordisk sygeplejeforskning – Nordisk sykepleieforskning – Nordic Nursing Research er et vitenskapelig og fagfellebedømt tidsskrift som har som formål å styrke sykepleiefagets vitenskapelige grunnlag gjennom å formidle og spre kunnskap om klinisk og teoretisk forskning og utvikling knyttet til sykepleie, og de vitenskapelige metoder som benyttes i forskningen.

Tidsskriftet publiserer vitenskapelige artikler, fagartikler, diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser.

Tidsskriftet eies av Dansk selskap for sygepleieforskning og Norsk selskap for sykepleieforskning og gis ut av Universitetsforlaget. Målgruppen er forskere innen sykepleievitenskap og helsefag, utdanningspersonell innen helsetjenestene, sykepleiere i klinisk praksis og andre fagprofesjonelle.

Levering av manuskript

Tidsskriftet publiserer artikler på dansk, norsk, svensk og engelsk og har rutiner for fagfellebedømming av manuskriptene.

Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-post:

olle.soderhamn@uia.no

Manuskriptstandard

Vitenskapelige artikler bør normalt ikke overskride 5000 ord eksklusive sammendrag (abstract) og referanseliste. Fagartikler bør ikke overskride 3000 ord. Diskusjons- og debattartikler, kronikker og bokanmeldelser bør ikke overskride 1800 ord.

Forfatterne oppfordres til å levere manuskripter med dobbelt radeavstand, ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understrekking, innrykk, deling av ord og lignende.

Manuskriptet skal innholde en tittelside med type manuskript, antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon på tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn og e-postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass. For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene, og videre skal bidraget karakteriseres av vitenskapelig redelighet og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/>).

Manuskriptet skal ha et sammendrag (abstract) på originalspråk (max 180 ord) og på engelsk inklusive engelsk tittel (max 200 ord). Sammendraget skal kortfattet beskrive artikkelens samtlige deler. Tre til seks nøkkelord som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen skal angis på begge språkene.

Forfattere til empiriske artikler oppfordres til å i hovedsak følge en struktur i sine manuskripter med Introduksjon/bakgrunn, hensikt/mål, metode, resultat/funn, diskusjon, konklusjon og referanser.

Referanser i teksten og i en alfabetisk ordnet liste angis i linje med den siste versjon av Publication manual of the American Psychological Association (<http://www.apastyle.org/>). Nummererte fotnoter nederst på siden kan brukes i tillegg.

Plassering av tabeller og figurer angis i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges sist i manuskriptet.

Korrektur

Forfatter får tilsendt et eksemplar av første korrektur som en pdf-fil vedlagt en e-post. Sider med opprettede korrekturfeil returneres per post eller som skannede filer til redaksjonssekretæren innen fem dager. Det må ikke foretas endringer i teksten mot antatt manuskript.

Særtrykk og webpublisering

Forfatter vil få en ferdig pdf-fil av artikkelen tilsendt etter at tidsskriftet er publisert. Artikler kan også kjøpes gjennom den Universitetsforlagets elektroniske tidsskriftsdatabase www.idunn.no, der artikler gjengitt i tidsskriftet også vil bli lagret.

Forlaget tillater at forfattere arkiverer sin artikkel i åpne institusjonelle arkiv eller på eget nettsted, men bare i den versjon og det format som ble godkjent av tidsskriftets redaksjon. Versjoner, slik de fremkommer i trykket eller i elektronisk utgave, skal ikke benyttes til egenarkivering.

Fagartikler

Nordisk sygeplejeforskning publiserer fagartikler innenfor sykepleie og relevante områder knyttet til den direkte og indirekte utøvelsen av sykepleie. Disse artiklene henvender seg til fagets kliniske utøvere og praktiker og til studenter, sykepleiepedagoger, administratorer og forskere.

Fagartiklene bør være rimelig korte artikler og skal tilby fagfeller perspektiver, forståelse og viten produsert innenfor sykepleie eller beslektede fag. Fokus i fagartikkelen er en tematikk rettet mot en profesjonell lesekrets, som ikke trenger å være spesialist på det aktuelle området. Problembeskrivelse og perspektiv er betydningsfulle komponenter. Spesielt viktig er å vise til anvendbarheten og hvordan resultater kan bli brukt i et praksisperspektiv.

Fagartikkelen skal ha et klart poeng, og forfatteren kan i fremstillingen argumentere, beskrive, fortolke, vurdere og diskutere så dette poenget blir tydelig. Den aktuelle saken skal det bli gjort rede for og konkretisert i forhold til litteratur- og teorireferanser. Om grunnlaget for fagartikkelen er en undersøkelse, skal litteraturgjennomgang og metodebeskrivelsen være kortere og mindre detaljert enn i en vitenskapelig artikkel. Resultatene skal være knyttet til målgruppens praksisperspektiv.

Oppsett for fagartiklene:

- Tittelside med teksten "Fagartikkel", antall ord, manuskriptets tittel, en forkortet versjon på tittel, navn og adresse til korresponderende forfatter, navn og e-postadresser til samtlige forfattere, deres stilling/utdanning og arbeidsplass.
- Abstract på engelsk (max 200 ord inklusive engelsk tittel) og på originalspråk (max 180 ord) med tre til seks nøkkelord, som beskriver artikkelen. Disse skal ikke forekomme i tittelen og skal angis på begge språkene.
- Benevning på overskriftene i manuskriptet er fri.
- Referanser skal følge APA-systemet (<http://www.apastyle.org/>). Nummererte fotnoter nederst på siden kan brukes i tillegg.
- Max 3000 ord eksklusive abstract og referanseliste.

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1: Utvalg, side

Tabell 2: Utskrift av transkribert tekst med tilhørende meningsenheter og kategori, side

Del 2 Refleksjonsoppgave

*«Kvalitativ intervjuforskning med
fokusgruppeintervju»*

Line Mari Lindenskov



Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

12.04.2012

Innhold

Del 2 Refleksjonsoppgave	24
1 Innledning	26
2 Den kvalitative forskerens utfordringer og muligheter.....	28
2.1 Forskeren som metodeverktøy	28
2.2 Kjennskap til feltet, en utfordring eller mulighet?.....	30
2.3 Forskerens forhold til deltakerne	31
2.4 Forskerens rolle i et fokusgruppeintervju	32
2.5 Nærhet og distanse til eget datamateriale.....	34
2.6 Tolking og forståelse av tekst i en hermeneutisk vitenskapstradisjon.....	35
3 Diskusjon.....	37
3.1 Fokusgruppeintervju som metode med deltakere en kjenner	37
3.2 Å forske i eget felt, en utfordring eller et gode	39
3.3 Analyse av datamaterialet med deltakere en kjenner, et ötveegget sverdö	41
4 Konklusjon	44
5 Referanseliste	45
Vedlegg refleksjonsoppgave:	46
1) Meldeskjema NSD	46
2) Tilbakemelding NSD.....	52
3) Tilbakemelding NSD.....	54
4) Forespørsel om deltakelse i et mastergradsprosjekt	55
5) Søknad til feltet	57
6) Svar fra feltet.....	58
7) Intervjuguide	59

1 Innledning

Kvalitative metoder brukes til karakteristikk og analyser av karaktertrekk og egenskaper ved de fenomener som ønskes studert. De refereres ofte til som motsatser til kvantitative metoder, som i grove trekk anvender statistiske beregninger, generaliserbare data, tall og variasjon (Kvale & Brinkmann, 2009; Repstad, 1999). Formålet med kvalitative metoder er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener gjennom den subjektive menneskelige erfaring som forekommer i den enkeltes naturlige sammenheng. Metodene kan på ulike måter frembringe kunnskap som formulerer mangfold eller nyanser (Malterud, 2008). Kvalitative studier presenteres ofte som utforskende og beskrivende. Fortolkning av beretninger og observasjoner som gjøres rettes mer mot å forstå enn å forklare (Fagermoen, 2005). Metodene er egnet når forskeren ønsker å oppdage problemer, eller definere problemer på områder hvor lite eller ingen annen forskning eksisterer (Brink & Wood, 1998; Fog, 1994; Malterud, 2008).

Min studie anvendte en kvalitativ metode hvor fokusgruppeintervjuer ble benyttet for å undersøke hvordan sykepleiere identifiserer postoperativ smerte hos voksne pasienter som ikke selv evner å rapportere smerte. Jeg valgte fokusgruppeintervju fordi denne intervjuformen gir tilgang til en bred skala av erfaringer på grunn av det gruppedynamiske aspektet. Metoden kjennetegnes ved at deltakerne skaper datamaterialet gjennom diskusjoner i gruppen (Wibeck, 2000). I denne studien deltok sykepleiere med lang erfaring fra postoperativ/intensivavdeling fra to sykehus. Datamaterialet utgjøres av deltakernes erfaringer samt diskusjonene som oppstod i fokusgruppen. Motstykket til denne intervjuformen vil være det individuelle intervjuet som særpreges ved at den enkelte intervjuedes subjektive kunnskap, refleksjoner og erfaringer i verden settes i fokus (Halkier, 2010; Wibeck, 2000). Analyse av eget datamateriale bygger på Kvale og Brinkmanns (2009) tre fortolkningsnivåer. En fortolkende tilnærming til datamaterialet plasserer seg innenfor en hermeneutisk vitenskapstradisjon med fortolkning av tekst som hovedtema (Eilertsen, 2000). Med bakgrunn i denne vitenskapstradisjon bringer Gadamer (2010) inn et filosofisk perspektiv omkring menneske som er i verden med sitt erfaringsmangfold. Med dette erfaringsmangfoldet forstår vi den verden vi lever i. Enhver analyse av mennesket må klargjøre dets tilknytning til verden. Jeg valgte en fortolkende tilnærming til datamaterialet fordi en hermeneutisk vitenskapstradisjon med Gadamer (2010) bidrar nettopp til å se muligheter i denne studien hvor jeg har intervjuet deltakere som var tidligere kolleger og analysert dette datamaterialet. Fordi jeg hadde lang erfaring som sykepleier i det forskningsfeltet denne studien retter

søkelyset mot, er rollen som tidligere sykepleier en del av mitt erfaringsmangfold som forsker.

For å kunne bevisstgjøre meg de utfordringer som ligger i de nevnte fakta er det spesielt tre områder som krever grundig refleksjon. For det første rollen som forsker i et felt hvor jeg selv har lang erfaring som sykepleier. Dernest min rolle som moderator i fokusgruppeintervjuer hvor deltakerne var tidligere kolleger. Til sist analyse av datamaterialet samt refleksjon omkring egen evne til balanse mellom nærhet og distanse. Dette gjøres med følgende struktur: litteraturgjennomgang av ulike metodologiske betraktninger som belyser muligheter og utfordringer når forskeren bruker seg selv som instrument. Videre anvendes Gadamer (2010) filosofiske tanker for å speile de ulike metodologiske betraktninger. Han ser muligheter i at ny «sannhet» oppstår når ulike forståelseshorisonter smelter sammen til en. Denne litteraturen diskuteres til sist og egen studie trekkes inn.

Hensikt

Hensikten med denne refleksjonsoppgaven blir derfor å besvare: Hvilke utfordringer ligger det i å intervjuer deltakere en kjenner samt analysere disse data?

2 Den kvalitative forskerens utfordringer og muligheter

2.1 Forskeren som metodeverktøy

I det kvalitative forskningsintervjuet er forskeren selv metodens instrument. Det forutsetter bevisstgjøring og betraktning av forskningsinstrumentet, altså forskeren selv, med vekt på bevissthet og refleksjon av forforståelse/fordommer hos forskeren. Forskerens fordommer eksisterer på ulike plan. Selvransakelse og refleksjon av egne fordommer gjelder i alle deler av forskningsprosessen. Den kan ha teoretisk karakter, omhandle feltet eller deltakerne, samt påvirke analyse og fortolkning av eget datamaterialet. Det samme gjelder i metoderefleksjon og evaluering etter endt studie. Fog (1994) hevder at kvaliteten på det kvalitative intervju vil være preget av forskerens evne til å komme i kontakt med intervjuobjektene. Intervjueren vil i denne sammenheng naturlig nok bære preg av partenes tidligere erfaringer fra ulike roller i eget liv. Som følge av dette oppstår psykologiske prosesser i samspillet under intervjuet. Det innebærer at de psykologiske mekanismene som eksisterer i interaksjonen mellom aktørene under et intervju, kan ha skjult innflytelse på den produserte empiri. Malterud (2008) hevder at intervjuforskning genererer kunnskap gjennom menneskelig persepsjon og samhandling. Dette elementet er av betydning under hele datasamlingen. Virkeligheten vi lever i skapes i fellesskap, og gjennom ord og formidling dannes vår virkelighetsforståelse.

Den menneskelige faktoren/bias bidrar til at uansett metodevalg vil forskeren påvirke forskningsprosessen og resultatene på en eller annen måte. I en kvantitativ spørreundersøkelse vil for eksempel spørsmålene i et spørreskjema være formulert av den som stiller spørsmålene og derfor prege innholdet. I tilfeller hvor forskeren er sterkt engasjert i det fenomenet som skal undersøkes, er det nødvendig å utvise ekstra forsiktighet slik at datamaterialet ikke blir en bekreftelse på egen forforståelse (Malterud, 2008). Med dette som bakgrunn hevder Fog (1994) at et forhold som er av betydning for kvaliteten på kvalitative intervjuundersøkelser er instrumentets evne til selvransakelse og refleksjon. I intervjuforskning kan følelsesladede situasjoner oppstå uten at forskeren selv er klar over det. Slike ubevisste reaksjoner og situasjoner kan påvirke spørsmålene som blir stilt - og de som ikke blir stilt. Dette kan påvirke forskeren selv, og gjør samtalen og empirien mindre oversiktlig. Et annet forhold av betydning er i følge Johannessen, Tufte & Kristoffersen (2005) resultatet av samspillet

mellom intervjuer og intervjuobjektet/deltakerne. Det er verdifullt for datamaterialet og forskningsresultatet. Han hevder at fordi forskeren er instrumentet i egen studie, vil forskerens kroppsspråk påvirke deltakerne. God atmosfære skapes gjennom god adferd, mens kroppsholdning med korsede armer og streng lukket posisjon ikke er å anbefale. Det samme gjelder hvis forskeren er «på hugget», fremoverbøyd, med aktivt viftende med pekefinger og penn. For at deltakerne ikke skal lukke seg er en hensiktsmessig adferd lyttende, seriøs og avslappet med anerkjennende smil og interessert holdning. Ved å innta en posisjon hvor man viser at man forstår det som blir sagt, oppmuntres deltakerne til å utdype de tema som diskuteres.

Et annet elementært forhold er forskerens egen integritet som slett ikke er uvesentlig når en undersøker fenomener eller situasjoner i eget felt. Kvaliteten på forskningsarbeidet bygger på vitenskapelig kunnskap og etiske funderte beslutninger. I dette ligger en bevissthet i forbindelse med verdispørsmål og etiske retningslinjer. Kunnskap om etiske teorier bidrar til at forskeren evner å veie etiske hensyn opp mot vitenskapelige hensyn i en undersøkelse. Etiske krav til forskeren innebærer strenge krav til kvaliteten på det vitenskapelige arbeid og kunnskapen som fremlegges. Offentliggjøring av funn må være så pålitelige og nøyaktige som mulig. Det bør etterstrebes høy grad av gjennomsiktighet av forskningsprosessen og validering av resultater (Fagermoen, 2005; Kvale & Brinkmann, 2009; Solvoll, 2005).

Med sitt filosofiske perspektiv hjelper Gadamer (2010) oss å se det produktive iden enkeltes livsverden og dens erfaringsmangfold.. For han er total selvransakelse uten «den andre» utelukket. Snarere er det slik at det den enkeltes ubevisste og bevisste erfaringsgrunnlag gir oss muligheten til å forstå «den andre», og derved erverves ny forståelse. Han anvender begrepet fordom forstått som generelt erfaringsgrunnlag. Han tar avstand fra en oppfatning om at enkelte fordommer tjener forståelse, mens andre fordommer hindrer forståelse. Det man skal være på vakt ovenfor er behovet for å få bekreftelse på «falske fordommer». Det er bekreftelse av egen forforståelse som hindrer oss i å forstå «den andre». Essensen er at ikke sjelden må egne fordommer justeres, eller gradvis korrigeres i møte med den, eller i møte med det vi ønsker å forstå (Ibid).

2.2 Kjennskap til feltet, en utfordring eller mulighet?

Det foreligger ulike synspunkter knyttet til studier hvor forskeren undersøker fenomener eller situasjoner en kjenner godt teoretisk eller har erfaring fra. Studier hvor forskeren er sykepleier og forsker som undersøker andre sykepleieres praksis, er eksempel på dette. Naturlig nok er rollen som forsker i dette tilfellet knyttet til uttalt forforståelse. Fagermoen (2005) hevder at studier som anvender intervju som metode er avhengig av forskerens kjennskap og erfaring fra feltet ved å forsterke og styrke forskerens troverdighet. Dette samsvarer med Lincoln & Guba (2002) som viser til at kun gjennom kunnskap om feltet har forskeren mulighet til å stille deltakerne hensiktsmessige spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Det vil også være lettere å anvende relevante formuleringer og identifisere vesentlige momenter av betydning for studiens problemstilling. I motsatt fall, med liten kjennskap og erfaring fra feltet, er det vanskelig som forsker å vite hva en skal lete etter. Kvale & Brinkmann (2009) oppfordrer samtidig til aktpågivenhet og bevissthet knyttet til forskerens risiko for å påvirke datamaterialet i tilfeller hvor forskeren har erfaring og kunnskap om feltet som studeres. Spesielt gjelder dette spørsmålsformulering, hvor ledende spørsmål som fremmer forskerens egne synspunkter vil forringe studiens troverdighet. Fog (1994) samtykker i at erfaring og innsikt er fruktbart for å oppnå forståelse på et bestemt området eller bestemt fenomen. Hun vektlegger imidlertid avklaring av forskerens egne uomtvistelige sannheter, tanker, og følelser forbundet med feltet som skal studeres.

I studier hvor forskeren har tidligere erfaring lik den som vedkommende skal undersøke, vil hun eller han besitte en livsverden og er en del av en større sammenheng. I dette tilfelle vil det dreie seg om en tradisjon og et kulturbilde forskerens springer ut fra og som virker tilbake på forskeren selv. Gadamer's (2010) tenkemåte er fruktbar for å tenke seg inn i den andres forståelse. Han hevder at både forsker og deltakere opptrer forstående og fortolkende til sine omgivelser. Forståelse og fortolkning har ikke et nullpunkt, men er historisk betinget. Hans tankesett gir den enkeltes «forståelseshorisont» en mulighet. Muligheten og utfordringen ligger i forskerens vilje til å se betydningen av å bevisstgjøre disse forutsetningene og holde fokus på det som tjener «saksforståelsen». Det virker tilbake på den tradisjonen og overleveringen som budskapet springer ut fra.

2.3 Forskerens forhold til deltakerne

En rekrutteringsstrategi i kvalitativ forskning er «snøballmetoden» som kjennetegnes ved at en anvender godt «plasserte personer» til å plukke ut informasjonsrike deltakere (Halkier, 2010; Patton, 2002; Wibeck, 2000). Denne typen utvalg karakteriseres ofte som et tilgjengelighetsutvalg. En utfordring knyttet til tilgjengelighetsutvalg er at forskeren kan ha en relasjon til deltakerne i tilgjengelighetsutvalget. En slik forbindelse krever bevissthet omkring ulike forhold som kan påvirke datamaterialet. Den ene utfordringen er at både forskeren og deltakerne bringer sine fordommer inn i en intervjusituasjon. Forskeren har liten mulighet til å klargjøre deltakernes fordommer, men desto større anledning til å reflektere rundt sine egne. Fordommene påvirker intervjuer/moderator under gjennomføring av kvalitative forskningsintervjuer (Fog, 1994).

Forskningens uavhengighet kan påvirkes i positiv eller negativ retning avhengig av hva som påvirker den. Tilknytning til deltakerne kan få forskeren til å legge vekt på enkelte av deltakernes beskrivelser og overse andre. Kvalitativ forskning er interaktiv forskning, og intervjueren/moderator kan la seg påvirke av samspillet med deltakerne ved nære relasjoner. Relasjonene deltakerne har til forskeren kan påvirke hvilke opplysninger vedkommende får tilgang til under intervjuet (Fog, 1994; Kvale & Brinkmann, 2009). På den ene siden ligger det et åpenbart usikkerhetsområde i forskeren rolle i spenningen mellom profesjonell distanse og personlig vennskap under et forskningsintervju. Forskeren løper en risiko i de tilfeller hvor vedkommende identifiserer seg slik med deltakerne at profesjonelle distansen ikke oppnås. Utfordringen ligger fremfor alt i at forskeren velger å legge vekt på noe fremfor noe annet av det deltakerne bidrar med. Dette gjelder spesielt resultatene som presenteres i studier der forskeren har for nær relasjon til deltakerne (Halkier, 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). Solvoll (2005) ser et dialogisk forhold mellom forskerens posisjon og forskningssubjektet. Hun hevder at denne posisjonen gir en god åpning til, og mottakelighet for, den andres erfaring samtidig som den setter grenser. Repstad (1999) advarer på den ene siden mot ukritisk å forske i miljøer hvor man har venner, kjente eller kolleger. Det oppstår lett lojalitetsbånd, konkurranse eller andre forhold som kan komme til å skade forskningen. På den annen side har han erfart at kvalitative intervjuer med deltakere man kjenner, eller har en relasjon til, kan bidra til noe positivt. Hans erfaring er at relasjonen kan bidra til noe fruktbart fordi deltakerne føler seg trygge. Under slike forhold åpner deltakerne seg lettere og deler sine erfaringer om det aktuelle forskningsproblemet som forskeren ønsket svar på. Hans hovedinntrykk er at deltakere i intervjuforskning vanligvis er ærlige og nyansert redegjør for

sin historie. I kvalitative studier hvor forskeren bruker seg selv som instrument ligger ansvaret for etiske og selvkritisk ettertanke hos forskeren. Refleksjon, evaluering og selvkritisk vurdering av alle aspekter i et forskningsprosjekt er derfor av betydning i metodediskusjoner (Repstad, 1999; Solvoll, 2005).

Hensikten med de ulike metoder i både kvantitativ og kvalitativ forskning er å frembringe ny kunnskap. Det finnes et mangfold av kunnskapsformer og vitenskapelig kunnskap er bare en av disse (Malterud, 2008). Innenfor Gadamer`s (2010) hermeneutiske filosofi var hans tanke å utdype de vilkår som enhver forståelse skjer ut fra. Hans anliggende var ikke å fremstille en bestemt metodologisk prosess i de humanistiske vitenskapene. I Gadamer`s tankesett kunne strenge metodekrav være til hinder for å se de «sannhetshendelser» som oppstår. Hans hermeneutiske filosofi kan derfor sies å være et forsøk på gjenoppvekke «sannhetshendelsen» i teksten. Forståelse grunnes på at en har ervervet «enighet om saken»; det dialogen eller teksten handler om. Dette formoder at det en har festet lit til er sant og slik at forståelse er forpliktende.

2.4 Forskerens rolle i et fokusgruppeintervju

I kvalitativ intervjuforskning hvor forskeren har tilknytning til intervjupersonene oppstår det et spenningsfelt mellom profesjonell distanse og fortrolig vennskap (Kvale & Brinkmann, 2009). Ulike kvalitative metoders egnethet er derfor avhengig av formålet og utformingen av et prosjekt. Fokusgruppeintervjuer skaper data som viser ulike sosiale samspill (Malterud, 2008). Metoden karakteriseres ved at kunnskap produseres gjennom deltakernes interaksjon og dynamikk i gruppen. Et forhold som kan ha påvirke datamaterialet generert gjennom fokusgruppeintervjuer er balansen/jevnbyrdigheten mellom deltakerne. Dette er spesielt fremtredende i grupper hvor deltakerne har ulik erfaring og kunnskap på det feltet som skal debatteres. Det er risiko for at deltakerne holder informasjon tilbake fordi de blir ødisiplinertö i gruppen eller påvirkes av moderator (Halkier, 2010; Wibeck, 2000). Intervjuformen skiller seg fra det individuelle intervju som søker kunnskap den enkeltes innsikt og erfaring av den menneskelige væren i verden, og intervjuformen preges av nærhet og intimitet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Moderatorens rolle under et fokusgruppeintervju er først og fremst å sørge for at deltakerne snakker godt sammen og håndtere den sosiale dynamikken, noe som kan variere avhengig av emne og miljø man forsker innenfor. Hovedfokus for en moderator er å sørge for at deltakerne

diskuterer de relevante emner for forskningsspørsmålet. Når moderator evner å etablere en uformell stemning øker det sosiale samspillet og dynamikken i gruppen (Halkier, 2010; Wibeck, 2000). I intervjuforskning er det forskeren som bestemmer hvilke tema som skal diskuteres. Morgan (1993) hevder at rollen som moderator i et fokusgruppeintervju kan oppleves som stressende på grunn av flere oppgaver som skal ivaretas samtidig. Dette gjelder både ordvekslingen mellom deltakerne og de non-verbale aspekter knyttet til interaksjonen i gruppen. Wibeck (2000) mener at rollen som moderator ikke bør overbetones med tanke på profesjonell skikkethet. Forskeren oppnår mye ved å være spontan, humoristisk og medfølelse. Hun fremhever at vedkommende evne til å snakke gruppens språk, lytte aktivt og svare nøytralt på spørsmål. Fokusgruppeintervjuer, til forskjell fra individuelle intervjuer, preges av spontanitet, ekspressive og emosjonelle uttalelser som reduserer moderators kontroll og påvirkning over intervjuforløpet (Kvale & Brinkmann, 2009). En måte å avlaste moderators rolle på er å benytte en observatør under intervjuene. Vedkommende kan lette oppgavene til moderator ved å gjøre anmerkninger under intervjuet og observere den non-verbale kommunikasjonen i gruppen. Ved å være to personer under fokusgruppeintervjuer har man mulighet til å evaluere rollen som moderator og utveksle spontane inntrykk og observasjoner (Halkier, 2010; Wibeck, 2000).

Gadamer (2010) tenker at samtalen har flere elementer og derfor krever at den som ønsker å forstå og lytter direkte og indirekte. Hvis tilfellet er at man oppfatter indirekte mening i en ytring kan denne formuleres direkte og prøves ut ovenfor den man intervjuer. Slike reformuleringer på deltakernes indirekte uttalelser i et intervju kan bidra til å sikre den egentlige mening. Når vi prøver å forstå bør vi tilstrebe og sette oss inn i den andres mening og argumenter.

2.5 Nærhet og distanse til eget datamateriale

Analyse av datamaterialet fra intervjuer med deltakere en kjenner kan bidra til noe fruktbart, samtidig som det kreves bevissthet. Balansen mellom nærhet og distanse til eget materiale utfordrer forskeren i evnen til selvrefleksjon. Formålet med analyse av kvalitative data er å øke forståelsen av det som er studert. Kvalitativ dataanalyse søker å finne likhetstrekk, forskjeller, sammenhenger eller mønster i studiens datamateriale (Fog, 1994; Kvale & Brinkmann, 2009; Repstad, 1999). Polit & Beck (2004) hevder at analyse av kvalitativt datamateriale er svært krevende arbeid. Den kvalitative forskeren står ovenfor flere utfordringer. For det første fremheves dataanalyse fra fokusgruppeintervjuer som en spesiell analytisk prøve. Årsaken er omfanget av datamaterialet som ofte er stort, innholdsrikt og komplekst. Metoden er hyppig anvendt innen kvalitativ forskning, til tross for at det ikke eksisterer noen konsensus om fremgangsmåte for analyse av denne type datamateriale. Det finnes altså ikke en eksplisitt oppskrift på hvordan forskeren skal gå frem for å analysere dette datamaterialet. Den andre utfordringen forskeren møter er hvordan hun/han skal presentere sine funn, studiens replikasjonsmulighet, og validiteten i fremstillingen av egne funn (Ibid). Fagermoen (2005) hevder at validitet, forstått som vitenskapelig troverdighet, er et av hovedkriteriene i både kvantitativ og kvalitativ forskning. Kvalitetsvurderingen knyttes til i hvilken grad forskeren har sannsynliggjort at studien frembringer resultater som er troverdige, pålitelige og gyldige. I tillegg er studiens relevans et sentralt spørsmål. Til sist oppfordrer Polit & Beck (2004) kvalitative forskere til balanse og kondensert fremstilling av funn, men samtidig ivaretagelse av mangfold og nyanser i datamaterialet.

Kvalitative studier har gjennom tidene vært kritisert for manglende generaliserbarhet og subjektive fremstillinger. Intervjufortolkning i kvalitativ forskning blir ofte bebreidet fordi ulike fortolkere finner ulik mening i den samme teksten. Det trekkes paralleller fra naturvitenskapelig forskning, og idealer innenfor dette forskningsparadigmet brukes som kriterier i kvalitativ forskning. Dette har bidratt til at enkelte har trukket den konklusjonen at det kvalitative intervjuet ikke er gyldig som en vitenskapelig metode (Fagermoen, 2005; Kvale & Brinkmann, 2009). I motsetning til kravet om generaliserbarhet og avstand i kvantitative studier, søker kvalitative studier å fremstille sannheten gjennom den enkeltes subjektive opplevelse og væren i verden. Målet er å fortolke beretninger og observasjoner vi gjør for å forstå, snarere enn å forklare. Ved å benytte kvalitative metoder kan man få tilgang til kunnskap som ellers ikke er tilgjengelig gjennom en naturvitenskapelig tilnærming.

Kvalitative metoder kan gi oss kunnskap om ulike prosesser knyttet til det enkelte menneske som befinner seg i en sosiokulturell sammenheng.

Repstad (1999) hevder at når forskeren tolker datamaterialet generert ved hjelp av kvalitative metoder eksisterer ingen absolutt objektivitet. Det er ikke mulig å gi et riktig svar, eller en objektiv mening på en subjektiv uttalelse. Den som tolker søker å gi en troverdig tolkning av virkeligheten, og sannsynligheten er stor for at fortolkeren er våken, ærlig og profesjonell. Forskeren vil derfor også fange opp de signaler og inntrykk som ikke passer inn i hans eller hennes virkelighet eller hypoteser.

2.6 Tolking og forståelse av tekst i en hermeneutisk vitenskapstradisjon

En fortolkende tilnærming til datamaterialet er et naturlig valg i studier hvor forskeren har bakgrunn og erfaring fra feltet som studeres. Fortolkerens forutsetninger, og de spørsmål hun/han stiller til teksten danner selve meningsinnholdet i forståelsen av tekster. I en hermeneutisk tekstfortolkningstradisjon er det av stor betydning hvilken bakgrunn og hvilke spørsmål den som fortolker møter teksten med. De spørsmål som forskeren stiller til teksten har forrang i denne tradisjonen (Kvale & Brinkmann, 2009). I en hermeneutisk vitenskapstradisjon er meningsfortolkning grunnleggende. Hermeneutisk meningsfortolkning av en tekst er kontinuerlig resiprok. Bearbeidelsen varierer mellom helhet og deler, og motsatt. Antakelser endrer retning fordi teksten slutter seg sammen til en meningsenhet i lyset av en annen meningsforventning. Oppgaven er å utvide enheten av den forståtte mening i sirkler. Kriteriet for en riktig forståelse er at alle fragmentene er en tilslutning til helheten, og omvendt. Sammensmeltning av helhet og del betyr det at man har forstått riktig. Uteblir helheten betyr det at man under analyseprosessen ikke har lyktes i oppnådd «samforståelse», eller kommet til enighet med teksten (Kvale & Brinkmann, 2009).

Gadamer (2010) hevdet at den som tolker med fokus på å forstå tekster først må utarbeide et første utkast. I den hermeneutiske sirkel dannes kontinuerlig helhetlig mening i første møte med teksten. Det er distinksjonen mellom helhet og del, mellom sammenhengen eller situasjon på den ene side og de enkelte ting, setninger eller saksforhold som slutter seg til forbindelsen eller situasjonen på den andre. Leseren vil alltid ha med seg forventninger til en bestemt mening i det hun/han leser, naturlig nok, forstått som forskerens forståelseshorisont. Den som tolker må gjennom denne prosessen være seg bevisst egne

fordommer som ikke tjener ösaken». Leseren må være villig til å komme til kjernen gjennom skiftende utkast helt til menings enhet er klart ferdigbehandlet gjennom ömeningsbevegelseö. Tolkeren må også være forberedt på muligheten for tekstens annerledeshet. Betingelsen for å oppnå forståelse er erkjennelsen av at det er med ulike perspektiver vi tolker (Gadamer, 2010). Eilertsen (2000) gjør gjeldende Gadammers synspunkt på at forskerens mulighet til å forstå den andre i stor grad er avhengig av vedkommende evne og vilje til gradvis å oppgi tidligere oppfatning. Forståelse oppnås gjennom å forsøke å tilpasse seg öden andreö. Forskeren må prøve å komme til enighet med budskapet, eller selve ösakenö teksten bringer. Gjennom öhorisontsammensmeltingö oppnås forståelse.

3 Diskusjon

3.1 Fokusgruppeintervju som metode med deltakere en kjenner

Utvalg i kvalitativ forskning bærer ofte preg av tilgjengelighetsutvalg hvor en anvender ögodt plasserteö personer til å plukke ut deltakere som vet mye om det aktuelle tema, oppnår man informasjonsrike deltakere (Halkier, 2010; Patton, 2002; Wibeck, 2000). Ikke sjelden rekrutteres deltakere gjennom ökontaktpersonerö fra tidligere arbeidsforhold og bekjentskap. Det medförer en risiko for at forskeren har kjennskap til deltakerne i eget forskningsprosjekt. Dette faktum utfordrer bevissthet og selvrefleksjon hos forskeren. I spenningsfeltet mellom forsker og deltakere en kjenner oppstår et usikkerhetsområde hvor balansen mellom nærhet og distanse mellom partene trues (Kvale & Brinkmann, 2009; Wibeck, 2000).

Dette viste seg også som et problem i min studie min studie der deltakerne var tidligere kolleger og bekjente fra postoperativ/intensiv avdelinger. Det fordret en ekstra oppmerksomhet til meg som forsker under hele forskningsprosessen. Den ene fokusgruppen ble rekruttert gjennom en ögodt plassertö person på et sykehus hvor jeg tidligere var ansatt i en ledende stilling. Den andre fokusgruppen var tidligere kolleger og bekjente fra postoperativ/intensivavdeling. Sistnevnte ble opprinnelig rekruttert som pilotgruppe i forberedelsene til forskningsprosjektet. De ble inkludert i studien da dette datamaterialet viste seg å være tilfredsstillende, og det i tillegg ble vanskelig å rekruttere tilstrekkelig antall deltakere for to fokusgrupper fra samme sykehus. Kvale & Brinkmann (2009) hevder at hensynet til forskningsfeltet og potensielle deltakere er en del av det etiske ansvar forskeren har i et forskningsprosjekt, og må stå foran egne forskningsinteresser. På samme tid må forskeren sikre et hensiktsmessig antall deltakere til egen studie, i denne sammenheng fokusgrupper. Den riktige sammensetningen av en fokusgruppe sikrer troverdigheten i datamaterialet fordi det gir dynamikk og balanse mellom deltakerne. I min studie bestod utvalget av 4 deltakere og fem deltakere fordelt på to fokusgrupper. Det anbefales fire til seks personer i en slik gruppe. (Halkier, 2010; Wibeck, 2000).

Utvalget i min egen studie kjente hverandre som kolleger gjennom flere år. De hadde en relasjon til meg som sykepleier og/eller bekjent. Den kvalitative forskerens konsistens og rolle har vært viet oppmerksom i ulike metodediskusjoner gjennom flere år. Et av temaene i denne

debatten har vært forskerens forhold og fordommer til deltakerne i egen studie. Det har betydning for rollen som moderator i gjennomføringen av fokusgruppeintervjuer. De nevnte forhold krever bevissthet rundt utfordringer og muligheter i rollen som moderator i egen studie. Det gjelder også refleksjon om balansen mellom nærhet og distanse ble brutt i egen studie. Rollen som moderator i min studie gav nettopp erfaring med følelsen av nærhet til deltakerne og tematikken. Spesielt fremtredende ble fristelsen til å delta i diskusjonene. Egen forforståelse på feltet og diskusjonene i gruppene bidro til engasjement og ønske om å bidra. Følelse av identitet med gruppene og rollen som sykepleier oppstod raskt. Kvale & Brinkmann (2009) fremhever spesielt risikoen for nærhet til deltakerne. Han advarer mot at forskeren identifiserer seg for sterkt med deltakerne, fordi det nedsetter forskerens profesjonalitet. Repstad (1999) påminner forskeren om dette lojalitetsbåndet som oppstår i møte med deltakere som er ens bekjente. Det er fare for at datamaterialet påvirkes og troverdigheten i forskningen forringes. Han erkjenner samtidig at relasjoner i intervjusammenheng kan være fruktbart. Hans erfaring er også at deltakere åpner seg lettere og gir næring til godt samspill. Derfor deles erfaringer og kunnskap om det aktuelle forskningsproblemet når relasjonen til forskeren er kjent og trygg. Halkier (2010) belegger dette synet på at mennesker med felles erfaring og interesseområde er mer villig til å dele meninger og erfaringer med hverandre. Fellesforståelsen omkring tema gjør at deltakerne åpner seg og deler kunnskap og erfaring på området som diskuteres. Det samsvarer med Solvoll (2005) som hevder at et dialogisk forhold mellom forsker og forskningssubjektet er fruktbart. Det gir mottakelighet og grensesetting for den andres erfaring.

I min egen studie ble tiden før og mellom fokusgruppeintervjuene brukt til refleksjon og transkribering av lydfiler fra forrige intervju. Jeg anvendte en observatør under intervjuene for å avlaste og sikre de ulike oppgavene knyttet til rollen som moderator. Vedkommende skulle også ha fokus på min rolle som moderator og kvaliteten på spørsmålsformuleringene under intervjuene. Stilte jeg ledende spørsmål under intervjuet, eller ble deltakerne påvirket av mitt engasjement for tema og min følelse av identitet med dem som sykepleiere? Ble mine fordommer fra egen rolle som sykepleier synlig i temaene som ble diskutert. Et eksempel på en slik fordom er følgende påstand: kartlegging av postoperativ smerte hos pasienter uten evne til selvrappport er svært utfordrende! Risikoen for å påvirke deltakerne til å bekrefte denne oppfatningen var til stede under intervjuene. Jeg valgte derfor en åpen intervjustil og min rolle som moderator var avmålt. Jeg sørget først og fremst for at deltakerne diskuterte de planlagte tema og stilte oppfølgingsspørsmål på tema det var viktig å utdype. Deltakerne i

egne fokusgrupper var aktive, diskuterte fritt og virket engasjert. Det er viktig å merke seg at rollen som avmålt moderator kunne artet seg annerledes med passive deltakerne hvor diskusjonen i gruppene hadde uteblitt. Gadamer (2010) oppfordret intervjueren til å lytte til samtalens ulike elementer og være oppmerksom på direkte og indirekte uttalelser. Ved indirekte tale kreves det at den som ønsker å forstå reformulerer det uuttalte slik at dette kan testes ut igjen på deltakeren. I min rolle som moderator var dette en utfordring fordi på den ene siden risikerte jeg å påvirke den enkelte med oppfølgingsspørsmål. På den andre siden kunne jeg miste muligheten til å utdype viktige elementer i et tema. Jeg valgte å stille oppfølgingsspørsmål i de tilfeller jeg syntes det var nødvendig. Fog (1994) hevder at evnen til selvransakelse er avgjørende for kvaliteten på datamaterialet i kvalitative forskningsstudier. Følelsesladde situasjoner kan oppstå under et intervju. Realiteten fordrer refleksjon omkring de spørsmål som blir stilt, og graden av påvirkning fra moderator. Spørsmålene som stilles må ikke bli en bekreftelse på egen forforståelse. Det samme gjelder essensielle spørsmål omkring valgt tema som ikke blir stilt.

3.2 Å forske i eget felt, en utfordring eller et gode

I metodelitteraturen anmodes forskeren til erkjennelse ovenfor de utfordringer og muligheter som eksisterer når en forsker kjenner feltet fra en tidligere rolle. En positiv side ved denne saken er at erfaring og kunnskap gir forskeren fordeler under intervjuene fordi felles begrepsapparat kan virke forløsende. I min egen studie ble dette påpekt av observatør etter at fokusgruppeintervjuene var gjennomført. Egen erfaring og kunnskap fra feltet gjorde det mulig for meg å følge diskusjonene. Observatøren med erfaring som sykepleier, men ikke fra postoperativ avdeling, opplevde det besværlig å følge diskusjonen, fagterminologien og de fagspesifikke meningsutvekslinger. Fremstilling av data i det kvalitative forskningsintervjuet er avhengig av forskerens ferdigheter og kunnskaper innenfor det feltet som skal undersøkes. En må imidlertid være oppmerksom på hvilken rolle egen forforståelse får i forståelsen av den andre. Evnen til å avsløre seg selv når ens egen forforståelse yter motstand, gir en mulighet til å granske feilkilder hos begge parter (Fog, 1994; Kvale & Brinkmann, 2009). Gadamer (2010) ville ut fra sin filosofi hevde at i ønsket om å forstå *öden andreö* gjelder det å vokte seg for *öfalske fordommerö*. Behovet for bekreftelse av egen forforståelse må ikke hindre oss i å forstå *öden andreö*. Kvale & Brinkmann (2009) henstiller forskeren til å være klar over den nærhet, åpenhet og etisk bevissthet som kvalitativ forskning innebærer. Etisk bevissthet

innebærer blant annet at forskeren kan bidra til å påvirke deltakerne slik at opplysninger kommer til offentligheten som deltakeren senere vil angre på.

En av utfordringene i rollen som moderator i egen studie var mitt engasjement til tema og følelsen av tilhørighet til feltet. Denne erkjennelse ble gjenstand for refleksjon under og mellom intervjuene. Solvoll (2005) hevder på den ene side at datasamling må ses i sammenheng med den personen som skaper data. Med dette forstås at forskerens bakgrunn og kompetanse er av betydning. Kunnskap tydeliggjøres til den andre ved ærlig selvangivelse og utlegning av forståelse. På den annen side påpeker Johannessen, Tufte & Kristoffersen at (2005) forskerens engasjement kan komme for tydelig til uttrykk gjennom hennes/hans kroppsspråk, noe som kan ha innvirkning på datamaterialet og kvaliteten på egen forskning. Han oppfordrer derfor forskeren til å bevisstgjøre seg nettopp kroppsspråket. Forskerens korrekte adferd etablerer god atmosfære under et intervju. Med korrekt adferd menes en lyttende, seriøs, avslappet, anerkjennende og interessert holdning. Forskeren bør vise at vedkommende forstår hva som blir sagt og oppmuntre deltakerne til å utdype tema som diskuteres. I motsatt fall så kan uhensiktsmessig adferd få deltakerne til å lukke seg helt. Med denne type adferd menes korsede armer og streng lukket posisjon. Imidlertid så kan en foroverbøyd, aktiv posisjon med viftende pekefinger og penn resultere i det samme. Kvale & Brinkmann (2009) hevder på sin side at forskeren bør være öaktivt lyttendeö. Evnen til å ha øre og kunnskap for tema som diskuteres gir forskeren anledning til raske beslutninger om hvilke av de mange dimensjoner i intervjuet som skal forfølges. Dette er en erfaring jeg deler fra egne intervjuer.

Min erfaring var at både kroppsspråk og fordelene av lang erfaring fra feltet var av betydning. En avslappet og lyttende stilling i møte med deltakerne bidro til en åpenhet ovenfor hverandre og meg som moderator. Deltakerne viste tillitt og delte sine erfaringer med meg og gruppen. Wibeck (2000) viser på sin side til forskerens evne til å forstå gruppens språk, lytte aktivt og svare nøytralt på spørsmål. Hun sammenfatter kravet til moderators kunnskaper som evnen til å skape fleksibilitet og understreker at moderators rolle ikke må overbetones hva angår profesjonell skikkethet. Egenskaper hun fremhever er spontanitet, humor og medfølelse. Det siste støttes av (Malterud, 2008) som sier at rollen som moderator er mulig å mestre selv som novise og uerfaren forsker. Kvale & Brinkmann (2009) anser intervjuerens erfaring som en av premissene for god intervjuforskning. I rollen som moderator i egen studie hadde jeg ikke tidligere erfaring som intervjuer. Dette kan selvfølgelig ha påvirket datamaterialet i min studie.

Som forsker i eget felt erkjenner jeg mange öfordommerö knyttet til det tema som ble diskutert i fokusgruppene, nemlig kartlegging av postoperativ smerte hos pasienter med redusert evne til selvrappport. I denne sammenheng er det fruktbart å støtte seg til Gadamer (2010) som sier at det ikke er mulig å frigjøre seg fra verken sin egen historie, tid eller situasjon. Det ville i så fall kun blinde for forståelsen av öden andreö. Han anvendte derfor begrepet öfordomö forstått som en generell forforståelse. Med dette tok han avstand fra at enkelte öfordommerö tjener mens andre hindrer forståelse. Fog (1994) oppfordrer så langt det er mulig til bevissthet og selvransakelse i forberedelsene til møte med forskningsfeltet, men ser også på selvransakelse som en uttømmende prosess fordi forskeren tilhører egen öforståelseshorisontö. Dette samsvarer med Gadamers (2010) tankesett om at den enkeltes öforståelseshorisontö gradvis korrigeres i møte med öden andreö. Med bakgrunn i dette er det naturlig å nevne et eksempel fra egen studie. Jeg var av den oppfatning at deltakerne i de enkelte fokusgruppene ville besitte ulik kunnskap og erfaring om kartlegging av smerte hos pasienter uten evne til selvrappport. Sykehusene hvor deltakerne arbeidet var ulike i størrelse og pasientgrunnlag. Denne oppfatningen ble korrigert gjennom deltakerne i fokusgruppene. Deltakerne var ofte samstemte i de ulike tema som ble diskutert i gruppene. Ved flere tilfeller kommenterte de hverandre med; ötenker du også det, eller, öja ikke santö. Til tross for forskjellig sykehistilørighet, fremsto fokusgruppene som nærmet identiske i det som ble rapportert. Det fremkom kun en tydelig forskjell i datamaterialet, og det var at deltakerne i den ene fokusgruppen var tilfreds med tiden som var satt av til fagutvikling. Deltakerne i den andre fokusgruppen var utilfreds med tiden som var satt av til fagutvikling.

3.3 Analyse av datamaterialet med deltakere en kjenner, et î tveegget sverdî

Analyse av eget datamateriale hadde som mål å frembringe kunnskap om hvordan sykepleiere kartlegger postoperativ smerte hos en bestemt målgruppe. Det eksisterer ingen universell regel for analyse av kvalitative data (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2004). Formålet er å forstå det som er studert. Den kvalitative dataanalysen søker forskjeller, sammenhenger eller fremtredende mønster i studiens datamateriale (Fog, 1994; Kvale & Brinkmann, 2009). Polit & Beck (2004) viser til at analyse av kvalitativt datamateriale byr på krevende utfordringer hvor datamateriale fra fokusgrupper fremheves spesielt. Dette fordi datamaterialet i slike studier ofte er stort, innholdsrikt og komplekst. Grunnlaget for analyseprosessen i analysen av mitt eget materiale var i Kvale & Brinkmann`s (2009) tre

fortolkningsnivåer; nemlig selvforståelse, kritisk forståelse og teoretisk forståelse. Hva angår selvforståelsesnivå, forstått som deltakernes mening med egne uttalelser, ble deres språkdrakt bevart. Kritisk forståelsesnivå baseres på sunn fornuft og må forstås slik at det søkes en bredere forståelsesramme enn deltakerens egen. Tolkingsprosessen gjøres i flere omganger, og abstraheres til et høyere nivå for hver gang. Prosessen baseres på tolkning og inkluderer allmenn kunnskap om den enkelte uttalelses innhold. Forskeren kan finne andre tolkninger enn deltakerens egen. Samtidig som jeg samlet og abstraherte fra meningsenheter til underkategorier og videre til hovedkategorier, ble den transkriberte teksten lest parallelt. Jeg vekslet mellom en dekontekstualisering og en rekontekstualisering av datamaterialet. Målet var å bevare et mest mulig virkelig bilde av datamaterialet, og samtidig sikre at funnene ikke distanserte seg fra intervju teksten. Siste nivå i analysearbeid er teoretisk forståelse; en teoretisk ramme legges til betydningen av en uttalelse. I den siste fasen av analyseprosessen ble det lest metodelitteratur, tekster om hermeneutisk filosofi og forskningsartikler knyttet til tema parallelt. Kvale & Brinkmanns (2009) teoretisk nivå, hvor den teoretiske forståelsen av betydningen av en deltakers uttalelse legges til grunn, gjorde det mulig å abstrahere funne fra min praksisnære forståelse til distansert og teoretisk forståelse. Det var en utfordrende og krevende å fremstille funnene abstrahert, og ikke tekstnære og beskrivende.

Repstad (1999) hevder at i en uttalelse eksisterer ingen absolutt objektivitet. Han presiserer at den som tolker søker å gi en troverdig tolkning av virkeligheten, og sannsynligheten er stor for at fortolkeren er våken, ærlig og profesjonell. Eget analysearbeid var en krevende og møysommelig prosess. Det ble tilstrebet å være nøyaktig på alle nivåene i bearbeiding av data. I dette arbeidet er det selvsagt mulig at min erfaring og kunnskap om studiens tema kan ha påvirket datamaterialet. Materialet munnet ut i tre hovedfunn; elementer i smertekartlegging, betydningen av kunnskap og erfaring, og evaluering av smertebehandling. Presentasjon av egne funn, og validiteten i fremstillingen av disse er en utfordring for den kvalitative forskeren. Balansen mellom kondensert fremstilling av funn og ivaretagelse av mangfold og nyanser i datamaterialet er krevende (Polit & Beck, 2004). Fagermoen (2005) tilkjennegir validitet som blant annet vitenskapelig troverdighet, og det er et av kvalitetskriteriene i både kvantitativ og kvalitativ forskning. Vurderingen knyttes til i hvilken grad forskeren har sannsynliggjort at studien frembringer resultater som er troverdige, pålitelige og gyldige. Fremstilling av funn ble den største utfordringen i egen studie. Identitetsfølelsen med sykepleierne ble tydelig, og ønske om å fremstille dem som «flinke»

var uttalt. Gjennom hele analyseprosessen måtte jeg bevisst reflektere over at betydningen av hva deltakerne mente om datamaterialets hovedfunn ikke var relevant.

I dette analysearbeidet var det naturlig å støtte seg til en fortolkende tradisjon. I hermeneutisk vitenskapstradisjonen betraktes analyse resiprokt. Den er sirkulær i den forstand at helheten forstås kun i lys av delene, og delene kun i lys av helheten. Prosessen utgjør slik den öhermeneutiske sirkelö. I en hermeneutisk filosofisk forståelse utgjør tekstens helhet og deler sammenhengen eller situasjon på den ene side og de enkelte ting, setninger eller saksforhold som slutter seg til forbindelsen eller situasjonen på den andre. Leseren vil alltid ha med seg forventninger til en bestemt mening i det hun/han leser, naturlig nok, forstått som forskerens «forståelseshorisont». Leseren må være villig til gradvis meningsbevegelse ved å korrigere eget ståsted og komme til «enighet» med tekstens egentlige mening. Dette er hva Gadamer presenterer som en «horisontsammensmelting» (Eilertsen, 2000). Mangel på enighet mellom deler og helhet forstås som en manglende «horisontsammensmelting». I Gadamer filosofi er det ikke mulig å skille et tenkende menneske fra verden. Hans anskuelser avviser hermeneutisk fortolkning av tekst som metode. Enhver analyse av mennesket som vesen må tydeliggjøre dets forbindelse til verden. For at vi skal oppnå forståelse og derved ny kunnskap kreves en åpenheten ved at vi relaterer den andres oppfatning til helheten av vår egen forståelse. Våre anskuelser er en varierende rikdom av muligheter (Gadamer, 2010).

Mitt eget datamateriale ble samlet til en helhetlig transkribert tekst etter intervjuenes avslutning. Teksten ble i sin helhet lest flere ganger med fokus på å etablere et førsteinntrykk av hva sykepleierne faktisk fortalte. Umiddelbare reaksjoner og mulige sammenhenger i teksten ble fortløpende notert i marginen. Med bakgrunn i egen kunnskap og oppfatninger på tema var jeg kritisk ettersøkende til utsagn som kunne ha blitt påvirket av egen forforståelse. Jeg bestrebet meg i å være åpen for teksten og det sykepleierne fortalte meg om sine erfaringer. Tolking av tekst innenfor en hermeneutisk vitenskapstradisjon har tradisjonelt bestått i tolking av tekst som er skrevet av en annen. Metodeforskere gjør oppmerksom på at intervjuetekst ikke kan forstås direkte som tekster i tradisjonell hermeneutisk forstand. Den kvalitative intervjuforskeren er involvert såvel i frembringelse som tolkning av teksten. Derfor anses vedkommende til en viss grad å være medforfatter av den teksten en selv skal tolke. Derfor må forskeren kritisk stille seg spørsmål om hensiktsmessig transkripsjon er utført i sitt analysearbeid (Fog, 1994; Kvale & Brinkmann, 2009).

4 Konklusjon

Hensikten med denne refleksjonsoppgaven har vært å sette fokus på de muligheter og utfordringer som finnes når forskeren bruker seg selv som instrument i det kvalitative forskningsintervjuet. For at datakvalitet i intervjuforskning skal sikres er det nødvendig å rette søkelyset mot de områder som begrenser og beriker forskning av en slik karakter. Kvalitative studier har gjennom tidene vært kritisert for manglende generaliserbarhet, og subjektive fremstillinger. Intervjufortolkning i kvalitativ forskning blir ofte kritisert i lys av reliabilitetskrav, og da spesielt om ulike fortolkere finner ulik mening i den samme teksten (Polit & Beck, 2004). Ofte trekkes paralleller til naturvitenskapelig forskning ved at idealer innenfor dette forskningsparadigme brukes som kriterier i kvalitativ forskning. Det fører til at validitet, eller troverdighet i kvalitativ forskning trekkes i tvil. Enkelte har endog trukket den konklusjon at det kvalitative intervjuet ikke er gyldig som en vitenskapelig metode (Fagermoen, 2005). Dette med urett etter mitt syn. I motsetning til kravet om generaliserbarhet og avstand i kvantitative studier, søker kvalitative nemlig studier å fremstille sannheten gjennom den enkeltes subjektive opplevelse og væren i verden. Målet blir snarere å forstå enn å forklare. I denne refleksjonsoppgaven er ulike sider ved forskerens rolle i intervjuforskning belyst. Begreper som refleksjon, bevissthet omkring egne psykologiske prosesser, og selvransakelse av egne fordommer er benyttet. Fagermoen (2005) hevder at refleksivt arbeid innebærer tanker, tale, tekst, og veloverveide vurderinger gjennom hele forskningsprosessen. Kvalitative studier er krevende arbeid, og studienes troverdighet ligger i fremstillingen av alle ledd i forskningsprosessen. Denne refleksjonsoppgaven har vært et slikt refleksivt arbeid, og en fremstilling av de refleksjoner som bringes på det rene etter å ha intervjuet deltakerne en kjenner, etterfulgt av dataanalyse.

I hermeneutisk filosofisk tradisjon ser Gadamer (2010) muligheten til sannhet erverves i øhorisontsammensmelting mellom ulike «forståelsesperspektiver». Som forsker i et felt med uttalte egne fordommer ligger utfordringen i å forstå den andres virkelighet i det samme feltet. I denne studien bestod forståelsen av den andre av en dobbelprosess. Først og fremst gjaldt dette å forstå sykepleierne i deres kontekst. Dernest var det viktig å forstå virkeligheten til pasientgruppen med postoperativ smerte og redusert evne til å meddele denne.

5 Referanseliste

- Brink, P. J., & Wood, M. J. (1998). *Advanced Design in Nursing Research* (Second edition ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publication, Inc.
- Eilertsen, G. (2000). Forståelse i et hermeneutisk perspektiv. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, (3), 136-159.
- Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7 (2), 40-54.
- Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk forlag A/S.
- Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og Metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Bokklubben.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (2. utgave, fjerde opplag ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Morgan, D. (1993). Successful Focus Groups. Advancing the State of the Art. In R. Krueger (Ed.), *Quality Control in Focus Group Research*. Newbury Park: Sage.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evolution methods*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research, Principles and Methods* (Vol. 7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Repstad, P. (1999). *Nårhet och distans, kvalitative metoder i samhällsvetenskap* (Vol. 3.). Lund: Studentlitteratur.
- Solvoll, B. A. (2005). Forskererfaringer og refleksjon. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 7, 3-14.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper*. Malmø: Studentlitteratur.

Vedlegg refleksjonsoppgave:

1) Meldeskjema NSD

MELDESKJEMA

Meldeskjema for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



1. Prosjekttittel		
Tittel	"Hvordan identifiserer sykepleiere postoperativ smerte hos voksne pasienter som ikke evner å kommunisere verbalt?"	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Oslo	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom din institusjon ikke finnes på listen, ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet		
Institutt		
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder)		
Fornavn	Ida Torunn	Før opp navn på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. For studentprosjekt er daglig ansvarlig vanligvis veileder.
Etternavn	Bjork	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan bliveleider eller fagansvarlig stå som daglig ansvarlig.
Stilling	Professor	
Arbeidssted	Universitetet i Oslo	Arbeidssted må være i tilknytning til behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Adresse (arb.sted)	Postboks 1153 Blindern	
Postnr/sted (arb.sted)	0318 Oslo	NB! All korrespondanse går via e-post. Det er derfor viktig at du oppgir korrekt e-postadresse. Det bør være en adresse som du bruker aktivt over tid. Husk å gi beskjed dersom den endres.
Telefon/mobil (arb.sted)	22850577 /	
E-post	i.t.bjork@medisin.uio.no	
4. Student		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! All korrespondanse går via e-post. Det er derfor viktig at du oppgir en korrekt e-postadresse. Det bør videre være en adresse du bruker aktivt over tid. Husk å gi beskjed dersom den endres.
Fornavn	Line Mari	
Etternavn	Lindenskov	
Akademisk grad		
Privatadresse	Lille Borgevn 13	
Postnr/sted (privatadresse)	0370 Oslo	
Telefon/mobil	22963723 /	
E-post	line.lindenskov@studmed.uio.no	
5. Formålet med prosjektet		

Prosjektets formål	<p>Tema for masteroppgaven er , sykepleieres evne til å identifisere postoperativ smerte hos voksne pasienter som ikke evner å kommunisere verbalt. Forhåpentligvis vil mitt arbeid bidra til kvalitetsutvikling og ny kunnskap i sykepleien.</p> <p>Smerte er forbundet med de fleste kirurgiske inngrep. Identifisering av smerte er en viktig oppgave i sykepleie til den postoperative pasienten. Synet på smerte vil ha konsekvenser for hvordan smerte blir håndtert.</p> <p>Studien har et kvalitativt utforskende og deskriptivt design. Sykepleiernes erfaringer er fokus for forskningsspørsmålet. Innsamling av data ønskes gjennomført ved fokusgruppeintervju. Jeg ønsker å invitere 5-8 sykepleiere med erfaring i behandling av postoperative pasienter. Det er en fordel hvis sykepleierne har minst 2 års klinisk erfaring i feltet. Det planlegges å gjennomføre to intervjuer med samme fokusgruppe. Varigheten av intervjuet vil være fra 1-1,5 timer, til sammen 2-3 timer for hver av sykepleierne. Hensikten med to fokusgruppeintervjuer er å få utdypende data om tematikken.</p> <p>Teoretisk ramme for studien er tillitt og sårbarhet i pasient-sykepleier relasjonen.</p>	<p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.</p> <p>Maks 1500 tegn.</p>
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<input checked="" type="radio"/> Enkel institusjon <input type="radio"/> Nasjonal multisenterstudie <input type="radio"/> Internasjonal multisenterstudie	Med multisenterstudier forstås her forskningsprosjekter som gjennomføres ved flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor det utveksles/deles personopplysninger mellom deltakende institusjoner.
Oppgi øvrige institusjoner		Les mer om hva personopplysninger er
Hvordan foregår samarbeidet mellom institusjonene? Hvem har tilgang til personopplysninger og hvordan reguleres tilgangen?		
7. Utvalgsbeskrivelse		
Beskrivelse av utvalget	Ønsket utvalg er sykepleiere som har erfaring med postoperativ smertelindring og ansatt på postoperativ avdeling på sykehus.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F. eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	For å rekruttere informanter henvender jeg meg til avdelingssjefer ved to avdelinger på aktuelt sykehus, kirurgisk avdeling og anestesivdelingen. Jeg ber om kontaktpersoner ved de to enhetene informanter rekrutteres fra. Avdelingsledere har et naturlig kontaktnettverk, og muligheten til å påvirke tidspunkter for intervjuene og er derfor egnet som kontaktperson. Avdelingsleder rekrutterer fra avdelingene i tråd med utvalgsriteriene i studien.	Beskriv hvordan utvalget trekkes/rekrutteres. Utvalget kan trekkes fra registre, f. eks. folkeregisteret, NAV, pasientregistre, eller rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk. Oppgi hvem som foretar trekkingen/rekrutteringen.
Førstegangskontakt	Avdelingsleder, evt annen kontaktperson, oppretter førstegangskontakt.	Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget og beskriv hvordan den opprettes.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les mer om førstegangskontakt
Antall personer som inngår i utvalget	Det er ønske om i alt 10-16 informanter til fokusgruppene.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Redegjør for hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende

Hvis ja, beskriv		samtykkekompetanse. Les mer om inklusjon av myndige personer med
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte og/eller fra ulike journaler (NAV, PPT, sykehus, bofellesskap og lignende) eller eksisterende registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, Kreftregisteret).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar til metode for innsamling av personopplysninger	Før intervjuene vil det innhentes informert skriftlig samtykke fra samtlige informanter. På bakgrunn av informasjon om hensikt og innhold i studien kan informantene velge å delta eller ikke. Under fokusgruppeintervjuet vil det som blir diskutert bli tatt opp på lydbånd. Datamaterialet vil bli behandlet med fortrolighet. Lydopptakene aidentifiseres og oppbevares sammen med samtykkeerklæringer uten tilgang for uvedkommende. Lydopptak og samtykkeerklæringer makuleres ved studiens slutt. Planlagt avslutning er høsten 2011. Mulige fordeler og ulemper: Dersom det er mulig ønsker jeg at intervjuene skal gjennomføres i sykepleiernes arbeidstid, og forhåpentligvis vil erfaringer fra denne studien vil kunne hjelpe andre til økt kunnskap på området. Taushetsplikt: Deltakelse i studien fritar ikke informanten fra taushetsplikten. Opplysninger som kan identifisere pasienter må ikke fremkomme under studien. Skulle det ved uhell komme frem slik informasjon må forskeren gjøres oppmerksom på dette, taushetsbelagte må opplysningene slettes.	
9. Datamaterialets innhold		
Gjør rede for hvilke opplysninger som samles inn	Det samles opplysninger om hvilke observasjoner sykepleiere gjør for å identifisere postoperativ smerte når pasienten ikke kommuniserer adekvat. Det samles også opplysninger om hvordan sykepleierne skiller tegn på smerte fra andre årsaker som kan skape ubehag og uro hos pasienten. Det samles opplysninger om sykepleiernes opplevelse av relasjonen mellom pasient og sykepleier mht sentrale begreper som tillit og sårbarhet.	Spørreskjema, intervjuguide/temaliste, m.m. legges ved meldeskjemaet til slutt.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om hva personopplysninger er
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> Fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse og/eller e-postadresse og/eller telefonnummer	NB! Selv om resultatene i den endelige publikasjonen vil være anonymisert, må det krysses av her dersom direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger registreres i datamaterialet underveis i prosjektet.
spesifiser hvilke		
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?		
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	

Hvis ja, oppgi hvilke	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig informasjon <input type="checkbox"/> Muntlig informasjon <input type="checkbox"/> Blir ikke informert	
Blir ikke informert, redegjør hvorfor		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan informasjon til utvalget gis	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig informasjon <input type="checkbox"/> Muntlig informasjon <input type="checkbox"/> Ingen informasjon	Som hovedregel skal det gis informasjon og innhentes samtykke fra den registrerte. Dersom informasjon gis skriftlig, legg ved kopi av informasjonskrav.
Redegjør	et vil bli innhentet skriftlig informert samtykke fra samtlige informanter	
Oppgi hvordan samtykke innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig samtykke <input type="checkbox"/> Muntlig samtykke <input type="checkbox"/> Innhentes ikke samtykke	Dersom det benyttes skriftlig samtykke, anbefales det at dette følger i teksten etter informasjonen. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må dette redegjøres for.
Innhentes ikke samtykke, redegjør		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Direkte personidentifiserende opplysninger bør ikke registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Hvordan lagres listen/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		
Direkte personidentifiserende opplysninger lagres sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor er det nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Lagres direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		

Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> PC i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> PC i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat PC <input type="checkbox"/> Privat PC tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Manuelt/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv nærmere		
Behandles og/eller lagres lyd- og videoopptak og/eller fotografi på PC?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene?	Brukernavn og passord, låsbart rom	Er f.eks. PC-tilgangen beskyttet med brukernavn og passord, og står PC-en i et låsbart rom?
Dersom det benyttes mobil lagringsenhet (bærbar PC, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk), oppgi hvilken type, og redegjør for hvorfor det benyttes mobil lagringsenhet		
Skal prosjektet ha medarbeidere som vil få tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Innhentes eller overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, oppgi hvilke opplysninger		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Skal opplysningene samles inn/bearbeides av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med databehandler menes en som samler inn og/eller behandler personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige. Eksempler på ofte brukte databehandlere er Questback, Synovate MMI, Norfakta etc.
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsplasserte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. For dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal det for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Skal det innhentes godkjenning/tillatelse fra andre instanser?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Det kan f.eks. være aktuelt å søke tillatelse fra registreier for tilgang til data, ledelsen for tilgang til forskning i firma, etc.
Hvis ja, hvilke?	Det innhentes godkjenning fra forskningsfeltet og fra informanter. Forskningsrådet ved aktuelt sykehus blir informert via projektskisse.	
13. Prosjektperiode		

Prosjektperiode	Prosjektstart: 15/11/2010	Prosjektstart Tidspunkt for når førstegangskontakt opprettes og/eller datainnsamlingen starter.
	Prosjektslutt: 01/12/2011	Prosjektslutt Tidspunkt for når datamaterialet skal anonymiseres, slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier. Dette sammenfaller gjerne med publisering og ferdigstilling av oppgave, avhandling eller rapport.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner i datamaterialet. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Datamaterialet skal slettes ved prosjektslutt	Hovedregel for lagring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være konkrete oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan lagres ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les mer om arkivering
14. Finansiering		
Hvordan finansieres projektet?		
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	0	

2) Tilbakemelding NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ida Torunn Bjørk
Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 03.01.2011

Vår ref: 25689 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

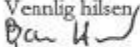
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.12.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25689	<i>Hvordan identifiserer sykepleiere postoperativ smerte hos voksne pasienter som ikke evner å kommunisere verbalt?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ida Torunn Bjørk</i>
Student	<i>Line Mari Lindenskov</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Line Mari Lindenskov, Lille Borgenvn 13, 0370 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uia.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. lynn.sarval@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@svt.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25689

Aktuelle avdelingsledelser informeres om studien.

Personvernombudet kan ikke se at det foretas behandling av personopplysninger med elektroniske hjelpemidler eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten.

Det legges til grunn at opptak ikke behandles på pc samt at data anonymiseres ved transkribering ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Det vil ikke finnes en koblingsnøkkel som knytter transkripsjoner til informant.

Prosjektslutt er 01.12.2011. Opptak og utskrifter slettes.

3) Tilbakemelding NSD

Line Lindenskov

Fra: Line Lindenskov <lindenskovline47@gmail.com>
Sendt: 22. mars 2012 22:16
Til: Line Lindenskov
Emne: Fwd: Prosjektnr: 25689. Hvordan identifiserer sykepleiere postoperativ smerte hos voksne pasienter som ikke evner å kommunisere verbalt?

Mvh Line Lindenskov

Videresendt melding:

Fra: Kjersti Håvardstun <kjersti.havardstun@nsd.uib.no>
Dato: 09:47:32 CET 7. februar 2011
Til: l.m.lindenskov@studmed.uio.no
Emne: Prosjektnr: 25689. Hvordan identifiserer sykepleiere postoperativ smerte hos voksne pasienter som ikke evner å kommunisere verbalt?

Vi viser til endringsmelding for prosjektet mottatt 19.01.11, og registrerer at fire pilotinterju innlemmes i prosjektet. Ombudet legger til grunn at rekruttering, informasjon til informantene og datainnsamling, er gjennomført i tråd med beskrivelsen i meldeskjema. Endringen har ikke betydning for vår opprinnelige vurdering av prosjektet. Prosjektet er ikke omfattet av meldeplikt.

—
 Vennlig hilsen
 Kjersti Håvardstun
 Spesialrådgiver
 (Senior Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
 (Norwegian Social Science Data Services)
 Personvernombud for forskning
 Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 29 53
 Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17
 Faks: (+47) 55 58 96 50
 Email: kjersti.havardstun@nsd.uib.no
 Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

4) Forespørsel om deltakelse i et mastergradsprosjekt

Hvilke tilnærminger har sykepleiere til postoperativ smertelindring hos voksne pasienter som ikke evner å kommunisere verbalt.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en mastergradsstudie. Hensikten er å undersøke og beskrive hvilke tilnærminger erfarne sykepleiere velger for å identifisere postoperativ smerte, hos voksne pasienter som ikke evner å kommunisere verbalt. Smerteidentifisering og smertelindring er en sentral oppgave i arbeidet med postoperative pasienter. Evnen til å gjøre gode overveielser, og riktige beslutninger vil være avgjørende for pasientens velbefinnende.

Hva innebærer studien

Studien innebærer at du blir deltager i en fokusgruppe hvor det gjennomføres to intervjuer. Jeg vil intervjuer, i tillegg vil det være med en observatør. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd. Hvert intervju vil vare i ca. 1 ó 1,5 time. Du vil bli kontaktet nærmere for avtale om tid og sted for intervjuene.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha direkte fordel av å være med i studien, men det kan øke bevisstheten om beslutningsprosessen og kvaliteten i den postoperative sykepleien til denne pasientgruppen. Det søkes om at intervjuene gjennomføres innenfor arbeidstid.

Taushetsplikt

Lydbånd som tas opp av fokusgruppen skal kun brukes slik som beskrevet med hensikten til studien. Stemmene i lydbåndopptaket kan gjenkjennes. Det er kun masterstudenten selv som har tilgang til å lytte til lydbåndopptakene. Det vil ikke være mulig å kunne identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Dersom du sier ja til å delta i studien vil du har rett til innsyn i lydbåndopptakene. Dersom du trekker deg fra studien, har du rett til å få slettet innsamlede opplysninger om deg. Du vil muligens kunne kjenne igjen det du selv har sagt, men undertegnede vil anonymisere opplysningene slik at andre ikke vil kunne knytte det som er sagt til noen person.

Hva skjer med informasjon du gir?

Informasjon som registreres om deg og lydbåndopptak vil bli oppbevart i henhold til retningslinjer fra Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste. Alle opplysninger vil bli

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta i studien trenger du ikke oppgi noen grunn. Om du skulle bestemme deg for å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke.

line.lindenskov@studmed.uio.no, tlf, 40608302 eller veileder ved Universitet i Oslo,
professor Ida Torunn Bjørk, mail: i.t.bjork@medisin.uio.no, tlf: 22850577.

<p>Samtykkeerklæring: Jeg vil delta i studien:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>(Signert av prosjektdeltaker, dato)</p>	<p>Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:</p> <p>-----</p> <p>(Signert, rolle i studien, dato)</p>
--	--

5) Søknad til feltet

Line Mari Lindenskov

Telefon: 40608302

Oslo 29.10.2010

e-post: line.lindenskov@studmed.uio.no

Søknad om å benytte sykepleietjenesten ved Intensivavdelingen, ved Diakonhjemmet sykehus som forskningsfelt for masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

I anledning min masteroppgave ved Universitetet i Oslo, avdeling for sykepleievitenskap, søker jeg med dette om tilgang til ovennevnte forskningsfelt. Tema for masteroppgaven er sykepleieres erfaring med å identifisere postoperativ smerte hos voksne pasienter som ikke evner å kommunisere verbalt. Studien har et kvalitativt utforskende og deskriptivt design. Sykepleiernes erfaringer er fokus for forskningsspørsmålet. Innsamling av data ønskes gjennomført ved fokusgruppeintervju.

Jeg ønsker å invitere 4 - 8 sykepleiere med erfaring i behandling av postoperative pasienter. Det er en fordel hvis sykepleierne har minst 2 års klinisk erfaring i feltet. Det planlegges å gjennomføre to intervjuer med samme fokusgruppe. Varigheten av intervjuet vil være fra 1-1,5 timer, til sammen 2-3 timer for hver av sykepleierne. Hensikten med to fokusgruppeintervjuer er å samle inn utdypende data. Hvis mulig ønsker jeg å gjennomføre intervjuene i sykepleiernes arbeidstid. Dette for å hindre unødig ulempe for deltakerne. Samtidig søker jeg å benytte en person fra deres avdeling som kontaktperson, fortrinnsvis en sykepleier med fagansvar, som kjenner sykepleiernes kompetanse. Avdelingen vil få mulighet til å gjøre seg godt kjent med studien etter avslutning.

Jeg håper denne henvendelsen gir god informasjon som grunnlag for behandling av min søknad. Min prosjektbeskrivelse kan gi ytterligere informasjon. Ved spørsmål vedrørende søknad, kontakt meg på telefon 40608302, eller min veileder ved Universitetet i Oslo, Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, professor Ida Torunn Bjørk, mail: i.t.bjork@medisin.uio.no, tlf: 22850577.

Før gjennomføring av studien vil det bli innhentet tillatelse fra Personvernombudet/NSD.

6) Svar fra feltet



Til Line Mari Lindenskov
Her.

**Veltr. bruk av Diakonhjemmet Sykehus som forskningsfelt for masteroppgave ved
Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.**

Viser til din søknad u 29.10.10 og bekrefter at du kan få benytte sykepleietjenesten ved
Intensivavdelingen som forskningsfelt for din masteroppgave.

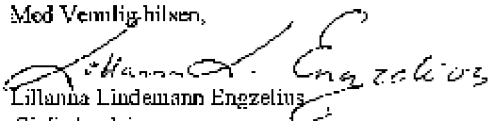
Undertegnede har vært i kontakt med IntensivAvdelingens ledelse og du vil i forbindelse med
gjennomføringen få en kontaktperson i avdelingen som kan bidra til å koordinere og
tilrettelegge for gjennomføringen.
Aktuelle kandidat vil også ha et fagansvar i Intensiv avdelingen og kan således besvare de
spørsmål du har knyttet til kompetanse slik det fremkommer i din søknad

Du kan kontakte oversykepleier Anne Devold for videre oppfølging.

Vi ønsker Lykke til med gjennomføringen,

Diakonhjemmet Sykehus, 30.10.10

Med Vennlig hilsen,


Lillian Lindemann Engzelius
Sjefsykepleier

7) Intervjuguide

- É Hva slags erfaring har dere som sykepleiere
- É Hva slags type postoperative pasienter kommer til avdelingen?
- É Hva kjennetegner de postoperative pasientene som kommer hit.
- É Kan du huske en konkret situasjon der du observerte at det var smerte som plaget pasienten, men at pasienten ikke kunne si det selv?
- É I en slik pasientsituasjon eller smertesituasjon, hva var det du observerer?
- É Hva med tiltak og beslutninger, si litt om det?
- É Hvis jeg var pasient og ikke kunne fortelle deg som sykepleier at jeg hadde vondt, hva vurderer du gir meg smertelindring
- É Hva er det vi bygger vår praksis på?
- É Erfaring?
- É Teoretisk kunnskap
- É Holdninger
- É Evaluering av smertebehandling
- É Hva kjennetegner en smertefri pasient
- É Er det noen momenter i beslutningsprosessene i smertebehandling vi ikke har snakket om
- É Er det noen som har lyst til å tilføye noe